

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ A

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

RÉJEANNE PILOTE

RELATIONS ENTRE LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET
LA DYNAMIQUE DE LA PERFORMANCE ACADEMIQUE
CHEZ LES ÉTUDIANTS D'UNIVERSITÉ

SEPTEMBRE 1986

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre premier - Contexte théorique.....	5
Épidémiologie des troubles psychologiques.....	6
Les populations à risque.....	12
Les troubles particuliers.....	14
Les relations entre les troubles psychologiques et la per- formance académique des étudiants.....	19
Hypothèses.....	26
Chapitre II - Description de l'expérience.....	28
Sujets.....	29
Épreuve expérimentale.....	31
Modalité d'analyse de la dynamique de la performance académique.....	37
Déroulement de l'expérience.....	39
Chapitre III - Analyse des résultats.....	41
Méthode d'analyse.....	42
Résultats.....	43
Interprétation des résultats.....	58
Conclusion.....	63
Appendice A - Lettre adressée aux étudiants.....	66
Appendice B - Consignes pour compléter le Psychorater.....	68
Appendice C - Liste des 16 scores obtenus au Psychorater.....	70

Appendice D - Moyennes cumulatives obtenues, par chacun des sujets, aux trois sessions considérées.....	72
Appendice E - Classification des sujets en fonction du profil d'évolution de la performance académique.....	75
Appendice F - Seuils pathologiques pour les différentes catégories de troubles psychologiques et résultats individuels obtenus par les 45 sujets au Psychorater.....	77
Références.....	87

Introduction

L'entrée dans le monde universitaire peut engendrer des problèmes d'adaptation et rendre possible l'apparition de troubles psychologiques. Les premières préoccupations au sujet des troubles psychologiques des étudiants datent du début du ^{XX}^{ième} siècle. En effet, en 1910, Stuart Paton élaborait un programme en santé mentale pour les étudiants de Princeton et neuf ans plus tard, McFie Campbell montrait que l'université, outre son rôle dans l'éducation et la formation de spécialistes, devrait promouvoir l'hygiène mentale des étudiants. De plus, Williams (1920) déplorait le fait que "les universités - qui ont comme fonction de travailler sur l'esprit des étudiants - accordent si peu d'attention à la santé mentale de ceux-ci (Paton, 1910, Campbell, 1919 et Williams, 1920: voir Reifler et Liptzin, 1969).

L'importance des troubles psychologiques dans la population étudiante a été démontrée dans une série de recherches épidémiologiques, débutant avec l'étude de Cobb (1922), à Harvard. Depuis, les résultats des études effectuées dans ce domaine indiquent des différences importantes dans les taux de prévalence qui varient de 6 à 17%. Considérant ces variations, plusieurs chercheurs estiment que la prévalence des troubles psychologiques chez les étudiants est demeurée constante depuis les années '20 (Reifler et Liptzin, 1969; Thompson et al., 1973; Indrisano et Auerbach, 1979).

De plus, les résultats d'autres recherches révèlent que les désordres psychologiques décelés chez les étudiants de collège et/ou d'université s'avèrent

suffisamment graves pour, d'une part, nécessiter une demande d'aide spécialisée immédiate et, d'autre part, pour entraver le fonctionnement intellectuel et scolaire des étudiants.

Malgré ces constatations, peu d'études portent sur l'impact des troubles psychologiques sur la performance académique des étudiants universitaires. Les données de Davidson et Hutt (1964), Spencer (1964) et Nicholi (1970) révèlent les effets négatifs de ces troubles sur la performance scolaire, soit le sous-rendement ou l'abandon scolaire. D'autres recherches (Carmen, 1965; Ganz et Pao, 1978) font, aussi, état de la compatibilité des troubles psychologiques avec la réussite scolaire.

A notre connaissance, aucune recherche n'a abordé la relation entre les troubles psychologiques et l'évolution des performances académiques d'une session à l'autre.

L'objectif de la présente étude est, justement, de vérifier, auprès d'étudiants, l'impact de différents troubles psychologiques sur la dynamique de la performance académique. Pour ce faire, 45 étudiants universitaires ont complété un questionnaire d'investigation psychologique et psychiatrique des affections mentales, le Psychorater. Subséquemment, leurs résultats à ce questionnaire ont été mis en relation avec la dynamique de leurs performances académiques, établie pour trois sessions.

Le chapitre premier présente les différentes recherches consacrées à l'épidémiologie des troubles psychologiques chez les étudiants, aux groupes à risque, à certains troubles décelés chez les étudiants et aux relations entre

les troubles psychologiques et la performance académique. Les hypothèses de la recherche y sont incluses. Le deuxième chapitre décrit l'échantillon de l'étude, le questionnaire utilisé pour dépister les troubles psychologiques, le procédé d'analyse de la dynamique de la performance académique ainsi que le déroulement de l'expérience. L'analyse des résultats et leur discussion font l'objet du troisième et dernier chapitre.

Chapitre premier

Contexte théorique

Le premier chapitre constitue le contexte théorique de la présente étude. Il débute par l'épidémiologie des troubles psychologiques chez les étudiants. La deuxième partie expose les différentes populations à risque et la troisième traite de quelques troubles présents dans des groupes d'étudiants. La quatrième section décrit les relations entre les troubles psychologiques et les performances académiques. Ce chapitre se termine par l'énoncé des hypothèses de la recherche.

Épidémiologie des troubles psychologiques

Trois méthodes différentes sont employées pour obtenir des données épidémiologiques concernant les troubles psychologiques chez les étudiants de collège et/ou d'université. La première de ces méthodes est celle de l'étude de la prévalence, débutant avec la recherche de Cobb (1922), à Harvard. Une revue de onze études majeures portant sur la prévalence des troubles "émotionnels" au sein de populations constituées d'étudiants, révèlent des différences considérables dans les résultats (Thompson et al., 1973).

Les données de Cobb indiquent qu'environ 30% des étudiants sont, par leur "histoire personnelle, prédisposés à la névrose". Parmi ces derniers, 16,4% présentent des désordres psychiatriques (Cobb, 1922).

En 1924, à l'Université du Minnesota, Morrison et Diehl ont trouvé que 6,0% des étudiants vivaient avec des troubles psychiatriques suffisamment

graves pour nécessiter une intervention spécialisée. L'année suivante, les travaux de Blanton (1925), à cette même université, montrent une augmentation de 4,0% de ces troubles parmi les étudiants.

Ultérieurement, Angell (1933) mène une étude à l'Université du Michigan et spécifie que 15% des étudiants souffrent de désordres psychologiques et connaissent de sérieux problèmes d'adaptation scolaire. Plus tard, Palmer (1939) constate que 16,4% des étudiants de première année à l'Université de Pennsylvanie, ont besoin d'entreprendre un processus thérapeutique en santé mentale. Les difficultés psychologiques vécues par ces jeunes s'avèrent suffisamment sérieuses pour entraver leur fonctionnement intellectuel.

Suite aux résultats des recherches de Rust (1960), la préoccupation de la santé mentale des étudiants retient de nouveau l'attention. Ses travaux révèlent que 30% des étudiants de l'université Yale et du Collège Southern Connecticut State sont affectés par des troubles psychologiques. Toutefois, les recherches subséquentes (Weiss, 1962, 1965, 1967: voir Thompson et al., 1973; Manis et al., 1963; Smith et al., 1963; Phillip, 1966) aboutissent à des taux similaires à ceux des années '20, c'est-à-dire variant de 6 à 17%. Le tableau 1 récapitule les études de prévalence des troubles psychologiques des étudiants américains de collège et/ou d'université.

En Europe, des études suédoises, finlandaises et anglaises indiquent que la prévalence des troubles mentaux parmi les étudiants de collège et/ou d'université est de 10 à 15%. Les perturbations les plus sévères affectent de un à quatre pour cent de ces étudiants (Kaila, 1958; Malleson, 1963; Dann, 1964;

Ryle, 1969; Eklad, 1961, Alanen et al., 1968 et Norrman, 1968: voir Sundqvist, 1973). Ces chiffres s'avèreraient encore plus élevés dans des échantillons d'étudiants allemands et français (Auregan et Doudy, 1966; Sperling, 1969; Ziolkow, 1968: voir Sundqvist, 1973). De plus, Ryle a démontré que la fréquence des troubles

Tableau 1

Récapitulation des études de prévalence des troubles psychologiques des étudiants de collège et/ou d'université

Auteurs	Années	Collège ou Université	Prévalence des troubles (%)
Cobb	1922	Harvard	16,4
Morrison et Diehl	1924	Minnesota	6,0
Blanton	1925	Minnesota	10,0
Angell	1933	Michigan	15,0
Palmer	1939	Pennsylvanie	16,4
Weiss	1962	Dartmouth	6,9
Manis	1963	-	16,0
Smith	1963	-	12,0
Weiss	1965	Dartmouth	12,0
Phillip	1966	-	7,0
Weiss	1967	-	16,0

psychologiques est plus élevée chez les étudiants que dans la population générale correspondante à cet âge.

Les écarts observés dans la prévalence des troubles psychologiques

chez les étudiants, soit de 6 à 17% pour l'ensemble des études mentionnées, peuvent refléter des différences entre les universités ou les collèges d'où proviennent les populations étudiées, ou exprimer des différences d'échantillonnage, des différences dans la méthodologie utilisée pour dépister les troubles psychologiques ou dans la définition même des troubles recherchés.

La seconde méthode utilisée pour recueillir des données épidémiologiques est l'étude du pourcentage d'étudiants qui utilisent les services d'aide spécialisée en santé mentale. Le tableau 2 résume les différentes études recensées par Reifler et Liptzin (1969) et Thompson et al. (1973). Il indique le pourcentage d'étudiants qui utilisent les services d'aide spécialisée.

L'étude de Gundle et Kraft (1956), différente des précédentes, n'apparaît pas au tableau 2. Elle consiste en une rétrospective de l'utilisation des services d'aide spécialisée impliquant 99 universités et/ou collèges américains et canadiens. Ces auteurs ont constaté, d'une part, qu'une moyenne de 4,7% de la population étudiante utilisait des services spécialisés et, d'autre part, que la dispersion des pourcentages était très grande (0,61 à 40%).

Dans les pays européens, plusieurs chercheurs (Malleon, 1963; Selzer, 1964; Kidd et Caldbeck-Meehan, 1966; Ryle, 1969) ont démontré que les étudiants recherchaient davantage de l'aide spécialisée comparativement à la population générale du même âge, et ce, à même l'institution qu'ils fréquentent.

Les données obtenues dans les études du pourcentage d'étudiants qui utilisent les services d'aide spécialisée reflètent possiblement, d'une part, une augmentation de la disponibilité des services en santé mentale et, d'autre

Tableau 2
 Pourcentage d'étudiants qui utilisent
 les services d'aide spécialisée

Auteurs	Années	Collège ou Université	Pourcentage d'étudiants
Monk et Heath	1954	Harvard	15,6
Davie	1958	Yale	15,0
Miller	1958	Columbia	12,7
Paulsen	1963	Stanford	15,0
Baker	1964	Clark	16,2
Wittington	1964	Kansas	4,0
Farnsworth	1965	Harvard	9,0
Pearlman	1966	Brooklyn	3,5

part, le fait qu'un plus grand nombre d'étudiants cherche à recevoir de l'aide spécialisée pour des problèmes psychologiques. Par conséquent, cette deuxième méthode pour recueillir des données épidémiologiques a une valeur limitée. Toutefois, un avantage peut être souligné. Elle constitue une source valable d'informations pour une planification adéquate des services afin de rencontrer les besoins des étudiants en santé mentale.

La troisième méthode qui permet d'obtenir des données épidémiologiques consiste à dépister, par différents questionnaires, les problèmes psychologiques auxquels ont à faire face les étudiants et donc, d'évaluer indirectement l'ampleur de leurs troubles psychologiques et leurs besoins en santé mentale.

L'enquête réalisée au Collège Brooklyn en 1966, à l'aide d'un questionnaire, révèle que plus de 55% des étudiants mentionnent que les problèmes personnels influencent leurs études. Cependant, seulement 33% ont demandé des services spécialisés (Pearlman, 1966). A cette même époque, des études menées au Collège Oberlin et à l'Université de la Caroline du Nord montraient qu'entre 60 et 65% des résidents ont senti le besoin de parler avec un professionnel en santé mentale de leurs problèmes personnels, de nature psychologique, pendant l'année scolaire (Thompson et al., 1973).

L'utilisation de cette méthode par Indrisano et Auerbach (1979) a permis de constater que 38,7% des étudiants de Virginia Commonwealth University étaient perturbés psychologiquement. De plus, à l'aide du même outil de dépistage des troubles psychologiques, ils ont pu mesurer l'impact de ces troubles sur l'adaptation des étudiants à l'université. Ils ont trouvé que 28,6% des étudiants n'ont pas fonctionné intellectuellement de manière optimale, en raison de désordres psychologiques.

L'évaluation de la prévalence des troubles psychologiques, par divers questionnaires, révèle des pourcentages assez élevés. Ceci peut provenir du fait que les réponses aux questions ne soulignent pas les différences d'intensité des troubles vécus par les étudiants.

Nagelberg et Shemberg (1980) ont trouvé que 20% des étudiants considèrent qu'ils devraient recevoir des services en santé mentale pendant leurs études, mais que seulement 6,7% se sont engagés dans un processus thérapeutique. Selon ces chercheurs, tous les étudiants n'ont pas le même besoin de consulter

et environ 10%, seulement, auraient besoin d'aide spécialisée.

Les populations à risque

Les données obtenues dans les études épidémiologiques ne se limitent pas à la fréquence globale des troubles psychologiques dans la population étudiante. Ces études ont aussi permis d'identifier les groupes à risque élevé, en isolant les variables caractéristiques pour les étudiants présentant ces troubles.

Les nombreuses publications traitant de l'épidémiologie des troubles psychologiques chez les étudiants considèrent presque exclusivement les populations étudiantes qui résident sur le campus universitaire. Pourtant, près de 5 millions d'étudiants de collège et/ou d'université font la navette chaque jour entre la demeure familiale et l'institution scolaire. Kysar (1964, 1968), Bown et Richek (1968) et Richek (1970) ont tenté de vérifier s'il existait un plus grand nombre de pathologies dans la population d'étudiants qui font la navette. Les résultats obtenus démontrent que les groupes de femmes qui font la navette manifestent un nombre significativement plus élevé de perturbations psychologiques que l'ensemble des étudiants qui habitent les résidences du campus (Richek, 1970).

D'autre part, Nagelberg et Shemberg (1980) constataient, dans une recherche réalisée à l'Université Bowling Green State, que la proportion de troubles psychologiques est deux fois plus élevée chez les étudiantes que chez les étudiants mâles.

De plus, les recherches de Bown et Richek (1968), Comstock et Slome (1973), Thompson et al. (1973), Indrisano et Auerbach (1979) et Nagelberg et Shemberg (1980) ont permis de constater que les étudiants inscrits en première année de baccalauréat constituent une population à risque. L'estimation obtenue des troubles psychologiques chez les étudiants des différentes années de baccalauréat à un même collège et/ou université se situe aux environs de 11%. Près de la moitié de ces perturbations (5,3%) sont décelées chez les étudiants de première année (Comstock et Slome, 1973; Thompson et al., 1973).

Pour rendre compte de l'apparition de troubles dans cette population, plusieurs explications sont suggérées. D'une part, les études universitaires débutent, habituellement, à un âge où la formation de la personnalité est encore incomplète et où le désir grandissant d'autonomie est entravé par des contraintes économiques. D'autre part, pour beaucoup de jeunes adultes, l'admission à l'université coïncide avec la première séparation de longue durée (et souvent définitive) du milieu d'origine. Enfin, les exigences du travail universitaire essentiellement intellectuel, avec des périodes d'évidente surcharge, sont grandes et parfois éprouvantes.

En plus des étudiantes en général, de celles qui font la navette et des étudiants de première année de baccalauréat, d'autres groupes sont à risque. Ainsi, la proportion de sujets dépistés comme ayant des troubles psychologiques est plus grande chez les non-blancs par rapport aux blancs, et ce, dans un rapport de 17,9% à 9,8%. Des pourcentages plus importants sont aussi observés chez les étudiants ayant des enfants, soit de 38,1% comparativement à 10,1% dans la population globale. Un autre groupe se compose des étudiants qui proviennent

de familles où les parents sont séparés. En effet, 31,3% de ces étudiants présentent des troubles psychologiques par rapport à 10,1% seulement, chez les étudiants dont les parents demeurent mariés (Nagelberg et Shemberg, 1980).

Pour les étudiants non-blancs, pour ceux qui ont des enfants ou dont les parents sont séparés, l'éloignement de la famille d'origine semble être un facteur qui affecte leur santé mentale ainsi que leur adaptation universitaire.

Les troubles particuliers

D'autres études, portant plus spécifiquement sur des aspects particuliers de la santé mentale des étudiants, ont démontré l'importance des troubles psychologiques dans la population étudiante. Cependant, peu de recherches descriptives sur les types de troubles sont actuellement disponibles. Selon les données accessibles, trois problématiques ont été étudiées. Elles ne s'avèrent, ni les plus fréquentes, ni les plus significatives de la vie estudiantine, mais elles témoignent irréfutablement d'une perturbation de l'équilibre psychologique des étudiants.

Le phénomène du suicide constitue l'une de ces trois problématiques. Depuis plusieurs années, le suicide chez les jeunes représente un fléau social. Chez les étudiants, ce phénomène a été étudié au Japon (Mombusho, 1957; Nobuto et al., 1959; Ishii, 1966, 1972; Kuraishi et Sowanaka, 1968) ainsi qu'aux États-Unis (Rook, 1959; Seiden, 1966; Temby, 1971; Kraft, 1980).

Au Japon, de 1956 à 1970, époque où le taux de suicide était mondialement le plus élevé, un dénombrement de 366 étudiants suicidés a été effectué pour

les huit principales universités japonaises (Ishii, 1972) Pour la population générale japonaise, âgée entre 20 et 24 ans, marge correspondant à l'âge des étudiants universitaires, le nombre total de suicidés se chiffrait à 60 (Ishii, 1972).

Aux États-Unis, sur une période de 20 ans, soit entre 1959 et 1979, 19 suicides d'étudiants ont été totalisés à l'Université du Massachusett. Ceci représente un taux annuel moyen de 5,21/ 100 000 étudiants. Aucune donnée statistique n'offre toutefois, la possibilité de comparer le taux de suicide chez les étudiants et dans la population générale (Kraft, 1980).

Gibbs (1968) expliquait ce phénomène d'envergure chez les étudiants japonais par la rigidité administrative du système académique. Au Japon, obtenir son diplôme demeure relativement plus facile que de changer d'orientation académique. Cette situation produit une intense compétition entre les étudiants. Ainsi, le peu de possibilités qu'offre le système scolaire aux jeunes les conduisent fréquemment au suicide.

Aux États-Unis, l'ouverture du système scolaire et la possibilité de changer rapidement de programme fournissent aux étudiants une chance de s'en sortir lorsque les difficultés académiques et les pressions à un programme d'études s'avèrent trop élevées. Plutôt que de se suicider, l'étudiant américain peut décrocher. Ainsi aux États-Unis, 50% des étudiants décrochent (Summerskill, 1962). Cependant, 80% de ces décrocheurs se réinscrivent (Dalrymple, 1967).

Les caractéristiques du système américain ne suffisent pas pour enrayer

les suicides chez les étudiants. En effet, d'autres facteurs sont en relation avec le suicide des étudiants américains et peuvent être, aussi, invoqués dans le cas des étudiants japonais. Ces jeunes sont pris avec des problèmes académiques amplifiés par les pressions sociales et familiales qui les poussent à réussir. Pour la grande majorité, les problèmes familiaux constituent une préoccupation constante. De surcroît, le fait d'avoir quitté la maison familiale pour demeurer à la résidence universitaire augmente la possibilité qu'un étudiant commette l'acte létal.

Les études précitées (Ishii, 1972; Kraft, 1980) fournissent des statistiques comparatives. Ainsi, le taux annuel de suicide réalisé par 100 000 étudiants est plus élevé chez les hommes. Toutefois, les femmes commettent un plus grand nombre de tentatives de suicide. Ces différences peuvent se justifier en raison de la létalité des moyens utilisés. Les hommes choisissent des moyens plus létaux que les femmes. Les étudiants de deuxième cycle et ceux de première année se suicident en plus grand nombre. Une explication de cette situation fait référence aux sollicitations adaptatives plus grandes au cours d'une période de transition. Les célibataires et les divorcés réalisent plus fréquemment leur suicide que les étudiants mariés. Dans ce cas, l'isolement, facteur antécédent au suicide, peut jouer un rôle déterminant dans leur passage à l'acte.

La deuxième problématique étudiée dans la population étudiante est la dépression. Si de nombreux auteurs ont étudié le phénomène de la dépression, ce sont les études de Beck (1967, 1973, 1977), Rippere (1976, 1977), Brown (1978) et Warren et al. (1982) qui fournissent les données démontrant l'impact de la dépression chez les étudiants. Ainsi, un sondage effectué aux États-Unis

par Brown (1978), révèle que 75% des étudiants de niveau universitaire ont connu des périodes de faible dépression durant leur première année d'études et 40% précisent avoir vécu des états dépressifs moyens et profonds.

Beck (1977) définissait le processus dépressif comme étant un désordre affectif, motivationnel ou physique. Il spécifiait que plusieurs détériorations de la pensée résultent de ces désordres. Chez les étudiants, une détérioration quelconque au niveau intellectuel influence nécessairement leur travail. Précédemment, Beck (1967, 1973) a démontré que des distorsions cognitives négatives s'associaient à la dépression.

Rippere (1977) offre une autre perspective au niveau de la psychopathologie de la dépression. Elle considère les stratégies d'adaptation à la dépression, lesquelles devraient aider les individus dépressifs à s'en sortir. Les résultats de ses travaux démontrent que les étudiants qui ont utilisé un plus grand nombre de stratégies d'adaptation et ceux qui ont trouvé des stratégies pour faire face à leur dépression, ont moins besoin d'aide psychologique que ceux qui sont restés passifs face à leur situation.

Ultérieurement, Warren et al. (1982) influencés par les travaux déjà cités de Beck et Rippere, ont démontré que l'interaction des distorsions cognitives et des comportements d'adaptation produit un niveau particulier de dépression chez les étudiants. Leurs résultats indiquent que les étudiants qui présentent un nombre élevé de distorsions cognitives positives ne sombrent pas dans la dépression, et ce, indépendamment du nombre de stratégies d'adaptation à la dépression qu'ils ont développées. Parmi les étudiants qui ont une quantité

élevée de distorsions cognitives négatives, le nombre de stratégies d'adaptation à la dépression est un facteur important pour établir le niveau de dépression qu'ils peuvent atteindre. Ces données peuvent signifier que les étudiants qui fonctionnent avec beaucoup de distorsions cognitives et un nombre élevé de stratégies d'adaptation à la dépression développent un arsenal de comportements adaptatifs qui leur permet de s'organiser pour éviter les états dépressifs. Par contre, les étudiants qui présentent de nombreuses distorsions cognitives et qui possèdent conjointement peu de stratégies d'adaptation à la dépression, vivent plus régulièrement différents degrés de dépression.

L'alcoolisme potentiel représente la troisième problématique étudiée dans la population étudiante.

Straus et Bacon (1953) et Hunter (1969) se sont intéressés à cette problématique chez les étudiants. Ils ont constaté que les étudiants identifiés comme buveurs potentiels ont commencé à boire avant d'entrer à l'université. Ils avaient déjà, rendus à l'université, traversé les deux premières phases de l'alcoolisme, soit les phases pré-alcoolique et intermédiaire. Ces jeunes avaient également appris à mesurer les quantités d'alcool absorbées en groupe et à rendre leurs comportements moins visibles et plus difficiles à détecter socialement. Ces constatations confirment les résultats des travaux de Jellinek (1946, 1952) qui ont démontré que le processus de l'alcoolisme, dans ses quatre phases, n'existait que vers l'âge de 40 à 50 ans, mais que les premiers signes sont présents vers la fin de l'adolescence et chez le jeune adulte.

Les résultats des études réalisées par Straus et Bacon et par Hunter

indiquent qu'une faible proportion d'étudiants buvait beaucoup et fréquemment. Ils prétendent que c'est davantage un stéréotype répandu qui amplifierait la problématique de l'alcoolisme potentiel chez les étudiants. Selon leurs données, la présence de symptômes de l'alcoolisme potentiel existe chez bon nombre d'étudiants, mais constitue un problème simple où l'intervention préventive s'avère importante.

Si le suicide, la dépression et l'alcoolisme potentiel se retrouvent également, chez un bon nombre de membres de la population générale, leur particularité chez les étudiants c'est d'influer sur leurs résultats académiques. Les échecs et les faibles performances scolaires les empêchent de réaliser leur potentiel académique et de mener à terme le but qu'ils se sont fixés.

Les relations entre les troubles psychologiques et la performance académique des étudiants

Après une brève présentation de l'épidémiologie des troubles psychologiques chez les étudiants de collège et/ou d'université, il importe maintenant de discuter la manière dont les troubles psychologiques vécus par les étudiants affectent leur performance académique.

Plusieurs chercheurs (Kiersch et Nikelly, 1966; Lucas et Linken, 1970; Blaine, 1971; Sundqvist, 1973) ont démontré l'existence d'une relation claire entre les maladies mentales graves et l'insuccès scolaire. En effet, les troubles psychiatriques et plus particulièrement, les psychoses et les troubles névrotiques contribuent à l'obtention de résultats scolaires faibles comparativement à ce qui est attendu de l'étudiant ou conduisent au décrochage scolaire

(Eklad, 1966: voir Sundqvist, 1973; Farnsworth, 1966, 1975; Sundqvist, 1966: voir Sundqvist, 1973; Nicholi, 1967, 1970; Holmström, 1977; Ganz et Pao, 1978).

Les recherches consacrées aux relations entre les troubles psychiatriques et psychologiques et la performance académique des étudiants universitaires, révèlent que les troubles peuvent apparaître soit avant, soit après le commencement des études (Davidson et Hutt, 1964; Spencer, 1964; Carmen, 1965; Kiersch et Nikelly, 1966; Nicholi, 1967, 1970; Reifler et Liptzin, 1969; Styrborn, 1969: voir Sundqvist, 1973; Farnsworth et Blaine, 1970; Averbach, 1973; Ganz et Pao, 1978). En plus, elles indiquent l'absence de spécificité quant aux conséquences négatives sur la performance scolaire. En effet, les recherches recensées révèlent que l'abandon des études et l'obtention de mauvais résultats scolaires ou l'échec sont les conséquences académiques qui peuvent s'associer aux différents troubles vécus par les étudiants.

L'étude de Nicholi (1967) constitue un exemple de l'absence de spécificité relative aux effets négatifs sur les résultats scolaires. Ses travaux démontrent que les "désordres psychiatriques" en général, dont l'apparition s'effectue pendant l'année scolaire, entraînent d'une part, le décrochage et, d'autre part, le sous-rendement. Ainsi, ses données indiquent que la prévalence des "désordres psychiatriques" est quatre fois plus élevée parmi les décrocheurs que dans la population étudiante qui réussit à l'université. De surcroît, l'incidence de ces "désordres" est encore plus élevée chez les étudiants qui, au lieu d'abandonner leurs études, persistent à étudier malgré leurs perturbations et leurs mauvaises notes.

De manière plus spécifique, certaines recherches ont abordé les effets négatifs de plusieurs catégories de troubles sur les performances scolaires. A cet effet, les travaux de Carmen (1965), Kiersch et Nikelly (1966), Nicholi (1967, 1970) et de Ganz et Pao (1978) montrent que les troubles psychotiques entraînent des résultats académiques faibles ou l'échec et peuvent conduire à l'abandon des études. Selon Carmen (1965), Kiersch et Nikelly (1966) et Ganz et Pao (1978) ces troubles peuvent apparaître avant le commencement des études ou pendant l'année scolaire. Si la psychose débute par des crises peu intenses et peu aiguës pendant l'année scolaire, les étudiants obtiennent des notes faibles (Carmen, 1965; Ganz et Pao, 1978). D'autres données indiquent que parmi 36 étudiants psychotiques, 21 ont obtenu de faibles performances ou ont échoué (Ganz et Pao, 1978). De plus, les résultats de l'étude de Kiersch et Nikelly (1966) sur 108 psychotiques de l'Université Harvard, ont démontré que plus l'intervalle de temps entre le moment du diagnostic et l'inscription à l'université était long, plus les performances académiques étaient faibles, allant jusqu'à l'échec.

Les travaux de Nicholi (1967, 1970) démontrent que le groupe de décrocheurs comprend trois fois plus d'étudiants schizophrènes que d'étudiants non-perturbés. Par rapport aux autres décrocheurs, les schizophrènes sont les moins sujets à reprendre leurs études, mais s'ils reprennent leurs études, il est moins probable qu'ils abandonnent une deuxième fois. Par contre, les maniaco-dépresseurs tendent plus fréquemment à décrocher une seconde fois.

Les recherches consacrées aux conséquences négatives que peuvent avoir les troubles névrotiques sur la performance scolaire des étudiants universitaires

sont, à notre connaissance, peu nombreuses. Ce sont principalement Davidson et Hutt (1964) et Spencer (1964) qui ont indiqué que les désordres névrotiques chez les étudiants se développent davantage après le commencement des études, et qu'ils peuvent provoquer le sous-rendement et le décrochage. Davidson et Hutt (1964) révèlent, d'une part, que parmi 500 étudiants névrotiques de l'Université Oxford, la plupart se retrouvaient en troisième et quatrième année de baccalauréat et, d'autre part, que ces étudiants ont obtenu des performances académiques plus faibles que les autres étudiants de cette même université.

D'autres chercheurs (Davids et al., 1968; Desiderato et Koskinen, 1969; Lin et McKeachie, 1970; Barton et al., 1972; Khon et Rosman, 1974) ont trouvé que les effets négatifs de l'anxiété sur les performances scolaires se manifestaient par la baisse du rendement. Toutefois, les effets ne sont pas présents lorsque les habiletés à étudier demeurent constantes et compensent le degré d'anxiété. D'autres données, obtenues dans ces mêmes études, ont mis en évidence que l'instabilité affectait la réussite scolaire en entraînant une baisse des performances ou le décrochage.

L'ensemble des recherches recensées n'offre pas d'éléments permettant de formuler une conclusion ferme quant aux éventuels effets différentiels des troubles psychologiques mentionnés. Toutefois, certaines tendances se dégagent. En effet, les psychoses provoquent, chez les étudiants universitaires, plus fréquemment le sous-rendement et le décrochage que les névroses (Carmen, 1965; Ganz et Pao, 1978). L'absence de spécificité quant aux conséquences sur les performances académiques a permis à Summerskill (1962), Astin (1964), Heilborn (1965: voir Sundqvist, 1973), Lavin (1965), Banreti-Fuchs (1972, 1975), Entwistle (1972)

et Sundqvist (1973) d'établir un rapprochement entre les caractéristiques psychologiques de l'étudiant qui a une performance faible et celles du décrocheur. Un portrait psychologique de ces étudiants a été ainsi dressé. Ils sont considérés comme immatures au plan affectif, dépendants et irresponsables, égocentriques, anxieux et socialement inadéquats. Ils apparaissent également comme des individus extravertis et instables (Davids et al., 1968; Desiderato et Koskinen, 1969; Barton et al., 1972; Kohn et Rosman, 1974).

Les conséquences négatives des troubles psychologiques et psychiatriques sont, pour certains étudiants, le sous-rendement et l'abandon scolaire. Cependant, dans d'autres cas, ces troubles n'affectent pas la performance académique. Plusieurs auteurs (Carmen, 1965; Kiersch et Nikelly, 1966; Farnsworth et Blaine, 1970; Blaine, 1971; Averbach, 1973; Sundqvist, 1973; Banreti-Fuchs, 1975; Ganz et Pao, 1978) ont démontré la compatibilité de certaines pathologies mentales avec la réussite scolaire.

Les travaux d'Averbach (1973) révèlent que les antécédents psychiatriques contribuent à l'augmentation du risque d'échec académique chez les étudiants universitaires sans, toutefois, entraîner inévitablement l'échec. Ainsi, parmi 34 étudiants ayant des antécédents psychiatriques, 18 étudiants ont bien réussi sur le plan académique durant leur première année d'études supérieures, tandis que les 16 autres ont échoué. Il importe de souligner que dans cette recherche, le risque d'échec était davantage élevé dans le groupe d'étudiants qui ont informé l'université de leur histoire psychiatrique avant leur admission. Ceci incite à croire que des facteurs autres que les antécédents psychiatriques peuvent influencer la réussite scolaire. En effet, la croyance bien généralisée

des conséquences négatives des troubles psychiatriques sur les performances scolaires hypothèque les étudiants qui ont connu des troubles psychiatriques en créant, chez le personnel enseignant, une perception biaisée des capacités intellectuelles de ces étudiants. De plus, pour le groupe de 16 étudiants qui ont échoué, une constellation de symptômes comportementaux peut être mise en relation avec leur échec. Des problèmes de discipline, des comportements d'opposition, des difficultés à étudier, manifestés antérieurement au cours des études secondaires, et une coupure familiale ou une relation antagonique avec un ou les deux parents, interféraient dans leur fonctionnement à l'université. Par contraste, cette pléiade de symptômes comportementaux a été observée pour un seul membre du groupe des 18 étudiants qui réussissaient bien.

Les données de Carmen (1965), Kiersch et Nikelly (1966) et Ganz et Pao (1978) indiquent que si la psychose débute par des attaques décompensatoires intenses et aiguës, le pronostic des psychoses s'avère bon quant à la réalisation des études supérieures. De plus, l'absence de traits schizoïdes, avant ces crises, constitue un facteur pronostique favorable à la réussite scolaire. En effet, l'étude de Carmen (1965) a démontré que chez onze des quatorze étudiants psychotiques qui ont obtenu leurs diplômes dans les délais prévus, la maladie avait débuté par des décompensations intenses et aiguës. Les treize étudiants psychotiques qui n'ont pas obtenu leurs diplômes ont tous connu, sauf un, un début de psychose progressif et peu intense. De surcroît, Ganz et Pao (1978) ont constaté que quinze des trente-six étudiants psychotiques qu'ils ont examinés, ont réussi leurs cours universitaires au niveau du baccalauréat et ont également poursuivi des études de deuxième et troisième cycle.

D'autres recherches ont porté sur la compatibilité des troubles névrotiques avec la réussite scolaire (Furneau, 1962; Kelvin et al., 1965; Lucas et al., 1966, 1972; Sundqvist, 1973). Lucas et al. (1966), par exemple, affirmaient qu'une intelligence supérieure et des traits de personnalité névrotique favorisent l'obtention de performances académiques élevées. Les données obtenues par Furneau (1962), Kelvin et al. (1965) et Lucas et al. (1966, 1972) en utilisant une des échelles du EPI pour établir l'intensité des traits névrotiques révèlent que les étudiants qui obtiennent de bonnes notes à l'université, ont des résultats élevés à cette échelle. De plus, une étude suédoise (Sundqvist, 1973) démontre que des notes scolaires supérieures ont été obtenues par les étudiants qui avaient des scores élevés à "l'échelle névrose" du EPI. En effet, la moyenne semestrielle de ces étudiants était de 2,5 (B ou C) comparativement à 0,7 (D ou E) pour ceux qui obtenaient des résultats peu élevés à cette même échelle.

Les recherches présentées font état des conséquences négatives des troubles psychologiques et psychiatriques et indiquent, en même temps, que ces troubles sont compatibles avec la réussite scolaire au niveau universitaire. Toutefois, les chercheurs du domaine n'ont pas élucidé toutes les questions. En plus des aspects déjà soulevés - la spécificité des effets en fonction des troubles et la compatibilité des troubles avec la réussite scolaire - il demeure impossible présentement, lorsque les troubles apparaissent après le commencement des études, de spécifier si ce sont les troubles qui entraînent de mauvaises performances académiques ou si c'est l'inverse qui se produit. Farnsworth et Blaine (1970) stipulent qu'il est rare que les problèmes scolaires constituent la principale cause des maladies mentales. Ces problèmes seraient davantage des

facteurs qui favoriseraient l'émergence des troubles psychologiques. Ceci nous permet de croire que les relations entre les troubles et la performance académique des étudiants ne sont pas du type "cause à effet", mais plutôt dynamiques et circulaires, en interaction continuelle.

Hypothèses

L'exposé des principales recherches mettant en évidence l'existence de relations entre les troubles psychologiques et psychiatriques et la performance académique des étudiants révèle que, dans certaines situations, les troubles ont un effet négatif sur les résultats scolaires et que, dans d'autres cas, ils sont compatibles avec la réussite.

Aucune des études précédemment citées n'a démontré l'impact différentiel de ces troubles sur la performance académique. En effet, aucune comparaison entre les troubles n'a été effectuée, ni relevée par les différents auteurs. De plus, tous les chercheurs (Carmen, 1965; Kiersch et Nikelly, 1966; Lucas et al., 1966, 1972; Averbach, 1973; Sundqvist, 1973; Banreti-Fuchs, 1975; Ganz et Pao, 1978) qui ont démontré la compatibilité, dans certains cas, des troubles psychologiques avec la réussite scolaire, présument des conséquences négatives de ces troubles sur les performances académiques. Conséquemment, les résultats des recherches ne nous permettent pas d'énoncer précisément quels seront les troubles psychologiques qui auront un impact plus grand sur la dynamique de la performance académique. Par contre, nous pouvons supposer que les troubles se retrouveront davantage chez les étudiants qui obtiennent de mauvais résultats scolaires ou qui abandonnent leurs études.

De surcroît, aucune des recherches recensées n'a abordé les relations pouvant exister entre la présence de troubles psychologiques et la dynamique de la performance académique des étudiants.

A partir des remarques précédentes, l'étude faisant l'objet de ce mémoire, propose d'explorer l'impact éventuel des différents troubles psychologiques sur l'évolution de la performance académique d'un groupe d'étudiants universitaires. Nous formulons, ainsi, les hypothèses suivantes:

hypothèse 1 - les différentes catégories de troubles psychologiques, décelées avec le Psychorater, ont un impact différentiel sur la dynamique de la performance académique;

hypothèse 2 - les troubles psychologiques, décelés avec le Psychorater, qui agissent significativement sur la dynamique de la performance académique, entraînent une régression de la performance ou un décrochage scolaire.

Chapître II

Description de l'expérience

Le deuxième chapitre présente les éléments méthodologiques de l'expérimentation. Les thèmes suivants y sont abordés: la description des sujets, la présentation du questionnaire utilisé pour dépister les troubles psychologiques des étudiants, la modalité d'analyse de la dynamique de la performance académique et le déroulement de l'expérimentation.

Sujets

A l'Hiver 1984, une lettre expliquant les objectifs de la recherche sur l'adaptation universitaire (voir la lettre dans l'appendice A) et sollicitant une participation volontaire et bénévole de la part du destinataire, a été adressée, par l'intermédiaire du Registrariat¹, à un échantillon de 338 personnes représentant 20% des étudiants inscrits, à l'automne 1983, en première année de baccalauréat à l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'échantillon a été constitué à partir de la liste alphabétique de ces étudiants, au Registrariat, en identifiant les sujets dont le numéro d'ordre était divisible par cinq (le 5^{ième}, 10^{ième}, 15^{ième} etc.).

Les étudiants sollicités devaient retourner au Registrariat le coupon-réponse complété. Suite à ces démarches, 45 étudiants, soit 13,3% des

¹ Il convient de remercier le Registrariat de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour l'excellence de sa collaboration.

destinataires et 2,66% du total des étudiants inscrits en première année de baccalauréat ont participé à la recherche.

L'étude a, donc, été effectuée auprès d'un groupe de 45 sujets constitué de 18 hommes et de 27 femmes. La moyenne d'âge est de 21, 96 ans avec un écart type de 4,6. De ces étudiants, 24 proviennent de l'extérieur de la région Mauricie-Bois-Francs et 21 sont originaires et demeurent dans cette région.

Au niveau académique, ils proviennent de 21 programmes de baccalauréat offerts à l'Université du Québec à Trois-Rivières: Administration, Biochimie, Biologie médicale, Biophysique, Éducation au préscolaire et enseignement au primaire, Enseignement en activité physique, Enseignement en adaptation scolaire, Enseignement en arts plastiques, Enseignement en études françaises, Enseignement en mathématiques, Génagogie, Génie électrique, Génie industriel, Musique, Psycho-éducation, Psychologie, Recherche opérationnelle, Récréologie, Sciences comptables, Sciences de la santé, Traduction.

Au cours des sessions Automne 1983, Hiver 1984, Automne 1984, quatre étudiants ont effectué un changement de programme. Ainsi, s'ajoute à cette énumération le programme de baccalauréat en Génie manufacturier et un certificat de premier cycle en Sciences de l'environnement. Le troisième sujet avait le statut d'étudiant libre et le quatrième s'est inscrit en Administration, programme déjà mentionné.

Épreuve expérimentale

L'épreuve expérimentale utilisée dans le cadre de cette recherche est le Psychorater. Il s'agit d'un questionnaire psychiatrique de dépistage des affections mentales.

Ce questionnaire d'investigation psychologique et psychiatrique élaboré par Bernot et al. (1969) est destiné à dépister rapidement certains troubles de la personnalité, des affections psychosomatiques méconnues ou des états marginaux, dont la nature ne peut être précisée qu'ultérieurement lors d'une entrevue clinique.

Le Psychorater comporte deux parties, lesquelles totalisent 236 questions. La première, de nature psycho-sociologique, permet l'évaluation des relations de l'individu dans les milieux familial, professionnel et social. Les 69 questions de cette partie permettent d'étudier l'adaptation de l'individu dans ces milieux. Cette partie comprend quatre sections: le milieu familial de l'enfance et l'adaptation à ce milieu; l'adaptation à l'âge adulte; l'adaptation professionnelle; les contacts sociaux.

La première section investigate non seulement la structure de la famille mais vise également à recueillir des données relatives aux plans affectif et dynamique. La deuxième section étudie les problèmes que peut engendrer la vie conjugale. En ce qui concerne la troisième section, elle permet d'étudier le vécu de l'individu, sa participation, sa stabilité dans le métier et l'emploi et ses relations avec les collègues et ce, depuis son entrée dans le monde du travail. La quatrième section évalue le degré de sociabilité, en termes

d'appétence pour les contacts sociaux et de sentiment d'infériorité qui entrave les efforts d'adaptation et bride l'épanouissement de la personnalité.

La seconde partie du Psychorater comprend 167 questions. Celles-ci appartiennent au langage usuel des entretiens psychologiques. Elles sont destinées à déceler des éventuels troubles de la personnalité et à dresser un bilan psychopathologique. Cette partie se subdivise en douze sections qui permettent d'identifier les tendances psychopathologiques du sujet. Elles favorisent également le dépistage des manifestations pathologiques que ces tendances peuvent engendrer.

Ainsi, la première section est consacrée à l'hyperémotivité. Les sujets qui manifestent cette tendance ressentent et expriment des émotions exagérées dans des situations de stress social. Les symptômes suivants se retrouvent parmi les symptômes de l'hyperémotivité décelés avec le Psychorater: la montée de larmes aux yeux, les rougeurs au visage, le trac, le bafouillage et la peur dans des situations émouvantes et/ou surprenantes.

La seconde section vise les tendances dépressives qui caractérisent les sujets qui vivent un changement chronique dans leur humeur. Ce changement implique soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités habituelles (DSM III, 1983). Des questions telles que "Pensez-vous que tout finit toujours par bien s'arranger?" et "Avez-vous perdu complètement le goût de vous distraire?" représentent le genre de questions élaborées dans cette section du Psychorater pour dépister les symptômes dépressifs.

La troisième section est consacrée à l'anxiété-phobie qui caractérise les sujets chez lesquels l'apparition brutale d'une appréhension, d'une crainte ou d'une terreur est injustifiée (DSM III, 1983). Les symptômes ressentis par les sujets anxieux et phobiques et décrits dans le Psychorater sont: se ronger les ongles, envisager ou pressentir toujours le pire, avoir des noeuds dans la gorge ou dans l'estomac, être sujet au vertige même dans des lieux peu élevés, être toujours occupé, craindre les locaux clos ou les lieux surpeuplés, être préoccupé dès le réveil et se sentir débordé par les responsabilités professionnelles et familiales.

La quatrième section fait référence aux tendances hypocondriaques. Elles caractérisent les sujets qui tendent à offrir une interprétation erronée de certaines sensations ou de certains signes physiques qu'ils jugent anormaux (DSM III, 1983). Les questions relatives à l'hypocondrie traitent de la préoccupation de la santé comme en témoignent ces deux questions tirées du Psychorater: "Les soucis que vous crée votre santé vous rendent-ils malheureux?"; "Après une maladie ou un accident, avez-vous l'impression d'éprouver plus de difficultés que les autres à vous remettre?".

La cinquième section est consacrée aux tendances schizothymiques. Les sujets qui manifestent ces tendances éprouvent une difficulté à établir des relations sociales. Ces individus ressentent peu de désir à investir socialement et préfèrent s'isoler. L'impression de vivre dans un monde uniquement à soi, de rêvasser, le fait d'avoir l'impression d'être tiré de son rêve lorsque quelqu'un s'adresse à soi, d'avoir l'impression que les objets sont irréels et que la solitude et l'isolement constituent un besoin absolu, représentent les symptômes

schizothymiques décrits dans le Psychorater.

La sixième section réfère aux tendances paranoïaques. Les principaux symptômes décelés avec le Psychorater sont la méfiance injustifiée et l'absence de confiance en autrui, l'hypersensitivité et une restriction de l'affectivité. Lorsque ces tendances sont présentes, les personnes sont autoritaires, commandent de manière brutale et maladroite, se vexent facilement, se sentent persécutées et estiment que les gens sont injustes à leur égard.

La septième section vise les tendances à l'impulsivité et à l'instabilité. Ces tendances se définissent par l'impossibilité de résister à l'impulsion ou à la tentation d'accomplir un acte dommageable pour soi ou pour autrui et par des difficultés à rester longtemps au même endroit. "Avez-vous arrêté vos études parce que vous ne vous plaisiez plus à l'école?"; "Vous est-il possible de rester longtemps à la même place pour effectuer un travail?"; "Avez-vous changé plusieurs fois de métiers parce que vous ne trouviez pas celui qui vous plaisait?" sont des exemples de questions utilisées dans le Psychorater pour effectuer l'investigation de cette tendance.

La huitième section est constituée des tendances hypomaniaques. Elles sont représentées par l'existence d'une période où l'humeur prédominante est exaltée, gaie, expansive ou irritable (DSM III, 1983). Des symptômes tels que la fuite d'idées, une surestimation de soi, une distractibilité et une participation excessive à des activités sont dépistés avec le Psychorater.

La neuvième section fait référence à l'hystéroïdie. Cette dernière se manifeste par des comportements dramatiques, hyperactifs et par des relations interpersonnelles perturbées. Les personnes hystériques attirent sans cesse l'attention sur elles-mêmes. Enclines à l'exagération, l'excitabilité émotionnelle est réveillée par des stimuli mineurs, avec des accès de colère injustifiés. Par exemple, des questions telles que "A la suite d'une émotion vous est-il arrivé de trembler de tout un membre ou d'une partie du corps sans pouvoir vous arrêter?"; "Après une émotion, ou une contrariété, vous est-il arrivé de refuser de manger pendant plusieurs jours de suite?" permettent de dépister les symptômes de l'hystéroïdie.

La dixième section est consacrée aux difficultés sexuelles. Elle cherche, particulièrement, à dépister les tendances à l'homophilie comme en témoignent les questions suivantes: "Éprouvez-vous du dégoût pour les personnes de l'autre sexe?"; "Éprouvez-vous pour les personnes de votre propre sexe une certaine attirance?".

La onzième section vise à dépister les symptômes psychiatriques majeurs. Les questions du Psychorater qui portent sur les symptômes psychiatriques majeurs cherchent davantage les idées de culpabilité et de persécution, les états dépressifs d'allure mélancolique, les impulsions délirantes et les hallucinations.

La dernière section du Psychorater, celle des antécédents psychiatriques neurologiques personnels et familiaux, explore, à l'aide de question comme "Avez-vous eu des convulsions dans votre enfance?"; "Vous a-t-on déjà fait un électroencéphalogramme ou une radiographie du crâne?", les manifestations

comitiales et les séquelles de traumatismes crâniens. Parfois, l'examen clinique conventionnel laisse inaperçues ces manifestations et ces séquelles, alors qu'elles engendrent souvent des troubles de la personnalité ou des troubles psychosomatiques. De plus, des questions à propos des antécédents suicidaires personnels ou familiaux complètent cette section.

Les réponses au Psychorater permettent, à l'aide d'une notation globale, de classer les sujets comme "normaux", "fragiles" ou "atteints de troubles de la personnalité justifiant une consultation spécialisée". Le Psychorater a été choisi non pas pour réaliser une telle différenciation et ce, bien que la note globale se soit révélée statistiquement significative dans la discrimination des trois populations mentionnées. Son utilisation dans la présente recherche s'explique par la facilité de son administration qui n'exige que 20 à 40 minutes. A cela s'ajoute le fait qu'il constitue un des rares instruments de dépistage conçu en français¹, bien analysé du point de vue statistique et dont l'utilisation est répandue. Enfin, il permet de déceler une diversité de traits psychologiques et répond ainsi aux exigences de cette recherche.

La validité des questions incluses dans le Psychorater a été éprouvée au cours d'entretiens psychiatriques mêmes lorsqu'elles figuraient auparavant dans des instruments similaires (Cornel Index - questionnaire d'Heuyer, MMPI).

¹Pour l'administration au Québec, le Psychorater a été légèrement adapté, suite à une préexpérimentation impliquant 18 étudiants de maîtrise en psychologie. Cette préexpérimentation a conduit à la reformulation de 24 questions, facilitant ainsi leur compréhension en fonction des réalités socio-économiques et culturelles du Québec.

De plus, la validité du Psychorater a été vérifiée suite à son expérimentation sur quatre années consécutives. Ceci a permis, d'une part, de fournir pour chaque valeur de la note globale, le pourcentage de sujets qui se sont classés "normaux", "fragiles" et "pathologiques" et d'autre part, de suivre cliniquement et par test une partie de ces sujets. Chaque fois que l'évolution clinique d'un sujet le faisait passer d'un groupe à l'autre, ses résultats au test reflétaient parfaitement l'évolution de son état psychologique.

Le coefficient de fidélité du Psychorater, calculé sur deux populations de 100 "normaux", a été de .92 (Bernot et al., 1969). Par ailleurs, les auteurs du test ont procédé à l'étude des corrélations entre les résultats obtenus aux différentes parties du questionnaire. Ils ont constaté qu'il existait une corrélation entre la rubrique "intégration familiale" et les rubriques "intégration familiale, professionnelle et sociale" et "bilan psychologique et psychopathologique".

Modalité d'analyse de la dynamique de la performance académique

Malgré les résultats significatifs obtenus dans plusieurs études sur les relations entre les troubles psychologiques et les performances scolaires, des difficultés à trouver des mesures satisfaisantes pour les performances académiques au niveau universitaire sont fréquemment signalées par les chercheurs de ce domaine (Lavin, 1965; Fischbein et Henrysson, 1966 et Elquist-Saltzman, 1972: voir Sundqvist, 1973; Holmström, 1972).

Ainsi, pour les besoins de cette étude, la dynamique de la performance

académique a été établie, en comparant, pour chaque étudiant, les moyennes cumulatives obtenues aux trois premières sessions de son baccalauréat à l'Université du Québec à Trois-Rivières, notées MC_1 , MC_2 et MC_3 .

Les sessions considérées pour la présente recherche sont Automne 83, Hiver 84 et Automne 84. Les moyennes cumulatives des sujets ont été obtenues par l'intermédiaire du Registrariat de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Subséquentement, trois scores-différence ont été calculés: $MC_2 - MC_1$ (score A); $MC_3 - MC_2$ (score B); $MC_3 - MC_1$ (score C). Ces scores indiquent la modification de la performance académique à la deuxième session par rapport à la première (score A), à la troisième session comparativement à la deuxième (score B) et à la troisième par rapport à la première session (score C). Les valeurs moyennes de ces scores sont: 0,022 (ET=0,617) pour le score A; 0,047 (ET=0,664) pour le score B; 0,042 (ET=0,749) pour le score C.

Pour chacune des comparaisons inter-sessions, les sujets ont été classés dans l'un des profils suivants d'évolution académique: "en régression", "avec performance relativement stable" et "en progression". Pour déterminer l'appartenance d'un sujet à l'un de ces groupes, nous avons utilisé comme seuils les valeurs obtenues du calcul suivant: score moyen (A, B ou C) du groupe $\pm 1/2$ écart type.

Ainsi, si nous considérons, par exemple, le score A qui nous indique l'évolution de la performance académique à la deuxième session par rapport à la première, les sujets ayant des scores inférieurs à -0,287 (c'est-à-dire

$0,022 - \frac{0,617}{2}$) sont "en régression", ceux pour lesquels les scores sont compris entre $-0,287$ et $0,331$ (c'est-à-dire $0,022 \pm \frac{0,617}{2}$) ont une "performance relativement stable" et ceux ayant des scores supérieurs à $0,331$ (c'est-à-dire $0,022 + \frac{0,617}{2}$) sont "en progression".

Les seuils déterminés par le calcul précédent, pour chaque comparaison inter-sessions, sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3
Seuils déterminés pour le classement des sujets par groupe

Score	GROUPES		
	en régression	avec performance relativement stable entre	en progression
A	-0,287	-0,287 et +0,331	+0,331
B	-0,285	-0,285 et +0,379	+0,379
C	-0,333	-0,333 et +0,417	+0,417

Un quatrième groupe s'ajoute aux trois groupes mentionnés précédemment. Il est constitué des sujets pour lesquels le calcul du score (A, B ou C) a été impossible en raison de l'abandon des cours. Il représente le groupe "décrocheurs".

Déroulement de l'expérimentation

Les 45 étudiants ayant donné leur accord pour participer à la recherche ont été contactés par téléphone afin d'établir l'horaire de l'expérimentation. Selon les disponibilités de chaque étudiant l'expérimentation s'est déroulée,

pour quinze sujets, individuellement et pour les trente autres, en groupe de cinq personnes.

L'administration du Psychorater a eu lieu au cours de la session d'Hiver 84, durant les mois de mars et avril. Les sujets ne disposaient d'aucun temps limite pour répondre aux 236 questions du Psychorater. En général, le temps nécessaire pour compléter le Psychorater était d'environ quarante-cinq minutes. Les consignes données afin de remplir le questionnaire sont présentées à l'appendice B.

Chapitre III

Analyse des résultats

Ce chapitre se divise en trois sections. La première présente la méthode d'analyse statistique employée. La deuxième section est constituée des divers résultats obtenus par les sujets étudiés dans la recherche. Elle débute avec la présentation des résultats scolaires. Ces données sont suivies des résultats obtenus au Psychorater. Subséquemment, les analyses de variance, pour l'ensemble de la population, sont présentées. L'examen des scores moyens, par groupes, pour les dimensions du Psychorater où les analyses de variance ont conduit à des résultats significatifs, est également exposé. Enfin, cette section se termine avec la présentation d'une seconde série d'analyses de variance, les "décrocheurs" étant éliminés. La troisième et dernière section offre une interprétation des résultats en fonction des hypothèses formulées dans le contexte théorique.

Méthode d'analyse

Dans le but de vérifier les hypothèses de la recherche, deux séries de 48 analyses de variance "ONEWAY" ont été effectuées. La première série d'analyse a été réalisée avec les quatre groupes, soit "en régression", "avec performance relativement stable", "en progression" et "décrocheurs", tandis que la seconde excluait le groupe "décrocheurs". Ces analyses de variance ont porté sur la relation entre les seize mesures obtenues au Psychorater et chacun des trois scores-différence (A, B ou C). Les différentes rubriques correspondant aux seize mesures du Psychorater apparaissent dans l'appendice C. Ces analyses

ont été réalisées avec la commande "ONEWAY" du programme S.P.S.S..

Résultats

Le tableau 4 rapporte les moyennes des performances académiques (MC) et les écarts type (ET) obtenus par les 45 étudiants aux sessions Automne 83, Hiver 84 et Automne 84. La dispersion des moyennes cumulatives est également incluse.

Tableau 4
Performances académiques par session

session	N	MC	ET	dispersion
Automne 83	44	2,645	0,863	0,6 - 4,0
Hiver 84	40	2,782	0,674	0,6 - 3,7
Automne 84	38	2,732	0,692	0,6 - 4,0

A la lecture de ce tableau, nous constatons qu'à chaque session des étudiants ont abandonné. Au total, sept sujets ont laissé leurs cours: un pendant la première session; quatre à la deuxième session; deux au cours de la troisième session. La dispersion révèle qu'à chaque session au moins un étudiant obtient une moyenne cumulative de 0,6/4. Des cinq étudiants qui ont obtenu ce résultat scolaire, trois ont progressé la session suivante et un autre a abandonné. La cinquième personne a obtenu cette moyenne à sa troisième session, donc nous ne connaissons pas son évolution. Nous observons également qu'en première et troisième session, un étudiant a obtenu la note maximale pouvant apparaître sur le dossier académique à l'Université du Québec à Trois-Rivières (les résultats

individuels sont présentés dans l'appendice D).

Le tableau 5 indique le nombre de sujets par groupe, soit "en régression", "avec performance relativement stable", "en progression" et "décrocheurs", pour les scores A, B et C qui indiquent la modification de la performance académique d'une session à l'autre. Nous remarquons que, pour les trois scores, un

Tableau 5
Nombre de sujets par groupe et par score

score	GROUPES			
	en régression	avec performan- ce relativement stable	en progression	décrocheurs
A	11	17	12	5
B	11	14	13	7
C	10	19	9	7

plus grand nombre d'étudiants maintiennent une performance relativement stable. Nous retrouvons dans les profils "en régression" et "en progression" un nombre quasi-équivalent de sujets. C'est dans le groupe "décrocheurs" que se totalise le plus petit nombre d'étudiants. Pour le score B, les profils d'évolution "en régression", "avec performance relativement stable" et "en progression" contiennent sensiblement le même nombre de sujets.

Pour chacune des comparaisons inter-sessions, les étudiants peuvent garder le même profil d'évolution. Le tableau 6 présente le nombre de sujets qui, après le calcul des scores A, B et C, sont restés dans le même groupe.

Tableau 6
Sujets appartenant au même groupe pour les trois scores

	GROUPES			
	en régression	avec performance relativement stable	en progression	décrocheurs
sujets	S ₁₄ ; S ₃₃	S ₁ ; S ₆ ; S ₇ ; S ₂₆ ; S ₂₈ ; S ₂₉ ; S ₃₀	S ₃₅ ; S ₄₄ ; S ₄₅	S ₈ ; S ₁₆ ; S ₃₁ ; S ₃₄ ; S ₄₀
total	2	7	3	5
				17

Nous constatons que plus d'un tiers de l'échantillon (17/45) maintient le même profil d'évolution académique pour l'ensemble des comparaisons inter-sessions. Nous retrouvons dans le groupe "avec performance relativement stable" près de la moitié (7/17) de ces étudiants.

De surcroît, les sujets peuvent, à chaque comparaison inter-sessions, changer leur profil d'évolution académique. La classification des sujets en fonction du profil d'évolution de la performance est présentée dans l'appendice E.

Les scores moyens et les écarts type obtenus par les quarante-cinq étudiants aux dimensions du Psychorater apparaissent au tableau 7. Ce même tableau présente la dispersion des résultats obtenus par les sujets à chacune des dimensions du Psychorater. La dispersion indique qu'à une seule dimension du Psychorater, soit l'hystéroïdie, aucun des sujets étudiés n'obtient un résultat supérieur au seuil pathologique déterminé pour cette dimension. Les seuils des différentes catégories de troubles et les résultats individuels obtenus,

Tableau 7
Résultats au Psychorater pour les 45 sujets

dimensions du Psychorater	score moyen	ET	dispersion
1. Contacts sociaux	12,422	9,	0 - 37
2. Adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux	18,8	13,404	0 - 66
3. Hyperémotivité	4,422	2,872	0 - 12
4. T. Dépressives	9,844	10,086	0 - 36
5. Anxiété-Phobies	13,6	13,757	0 - 48
6. Asthénie-Hypocondrie	4,889	6,379	0 - 32
7. T. Schizothymiques	10,733	10,864	0 - 45
8. T. Paranoïaques	5,289	6,085	0 - 26
9. Impulsivité-Instabilité	3,711	4,294	0 - 16
10. T. Hypomaniaques	10,422	4,979	0 - 18
11. Hystéroïdie	4,667	4,876	0 - 17
12. S. Psychiatriques majeurs	6,644	8,133	0 - 42
13. Problèmes sexuels	3,911	4,389	0 - 14
14. Antécédents cliniques	4,133	5,039	0 - 25
15. Total de 3 à 14	82,178	51,906	7 - 263
16. Total de 2 à 14	100,956	63,835	11 - 329

par les 45 sujets, au Psychorater, sont présentés dans l'appendice F.

Afin de déterminer l'impact des différentes catégories de troubles psychologiques sur la dynamique de la performance académique des étudiants plusieurs analyses de variance ont été effectuées.

Tableau 8
Résultats des analyses de variance pour l'ensemble de la population (score A)

dimensions du Psychorater	degré de liberté	carré moyen	F	P
1. Contacts sociaux	3	93,490	1,165	.335
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	3	504,788	3,238	.032
3. Hyperémotivité	3	9,638	1,183	.328
4. T. Dépressives	3	219,038	2,352	.086
5. Anxiété-Phobies	3	292,221	1,608	.202
6. Asthénie-Hypocondrie	3	30,428	0,734	.538
7. T. Schizothymiques	3	84,660	0,703	.556
8. T. Paranoïaques	3	81,469	2,412	.081
9. Impulsivité-Instabilité	3	79,739	5,715	.002
10. T. Hypomaniaques	3	8,168	0,314	.815
11. Hystéroïdie	3	11,467	0,465	.708
12. S. Psychiatriques majeurs	3	124,617	2,014	.127
13. Problèmes sexuels	3	7,375	0,366	.778
14. Antécédents cliniques	3	6,276	0,234	.872
15. Total de 3 à 14	3	4462,626	1,740	.174
16. Total de 2 à 14	3	7876,513	2,075	.118

$p < .05$

Les résultats des analyses de variance "ONEWAY" présentés dans le tableau 8 indiquent que les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" ont des effets significatifs sur le score A. Toutefois, sans atteindre le seuil de signification, deux autres tendances se dégagent pour les dimensions "dépression" et "tendances paranoïaques".

Les données se rapportant aux analyses de variance (tableau 9) indiquent que les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" sont une source significative de variation pour le score B. De plus, les probabilités pour les dimensions "hyperémotivité" et "symptômes psychiatriques majeurs" approchent le seuil de signification.

Les résultats contenus dans le tableau 10 indiquent que les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" ont un effet significatif sur le score C. Pour la dimension "symptômes psychiatriques majeurs", la probabilité est très près du seuil de signification (.053).

Les analyses de variance présentées précédemment ont mis en évidence des effets significatifs ou des tendances qui démontrent que certaines dimensions psychopathologiques, évaluées par le Psychorater, s'associent à des variations de la performance académique des sujets. L'examen des scores moyens, par groupes, pour les dimensions auxquelles les "ONEWAY" ont révélé des effets significatifs, constitue l'étape suivante dans l'analyse des données obtenues.

Tableau 9

Résultats des analyses de variance pour l'ensemble de la population
(score B)

dimensions du Psychorater	degré de liberté	carré moyen	F	P
1. Contacts sociaux	3	92,318	1,149	.341
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	3	436,285	2,712	.057
3. Hyperémotivité	3	17,949	2,381	.083
4. T. Dépressives	3	89,308	0,870	.464
5. Anxiété-Phobies	3	128,687	0,664	.579
6. Asthénie-Hypocondrie	3	7,081	0,164	.920
7. T. Schizothymiques	3	222,263	2,013	.127
8. T. Paranoïaques	3	27,022	0,716	.548
9. Impulsivité-Instabilité	3	76,931	5,434	.003
10. T. Hypomaniaques	3	29,124	1,190	.326
11. Hystéroïdie	3	24,190	1,019	.394
12. S. Psychiatriques majeurs	3	151,219	2,524	.071
13. Problèmes sexuels	3	5,842	0,289	.833
14. Antécédents cliniques	3	21,440	0,835	.483
15. Total de 3 à 14	3	4330,930	1,682	.186
16. Total de 2 à 14	3	7447,796	1,946	.137

p < .05

Tableau 10

Résultats des analyses de variance pour l'ensemble de la population
(score C)

dimensions du Psychorater	degré de liberté	carré moyen	F	P
1. Contacts sociaux	3	138,858	1,805	.161
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	3	512,528	3,300	.030
3. Hyperémotivité	3	12,797	1,616	.200
4. T. Dépressives	3	103,972	1,024	.392
5. Anxiété-Phobies	3	324,274	1,808	.161
6. Asthénie-Hypocondrie	3	22,720	0,541	.657
7. T. Schizothymiques	3	148,661	1,284	.293
8. T. Paranoïaques	3	34,528	0,928	.436
9. Impulsivité-Instabilité	3	74,982	5,243	.004
10. T. Hypomaniaques	3	15,689	0,616	.608
11. Hystéroïdie	3	14,945	0,612	.611
12. S. Psychiatriques majeurs	3	163,849	2,777	.053
13. Problèmes sexuels	3	4,393	0,216	.885
14. Antécédents cliniques	3	26,086	1,029	.390
15. Total de 3 à 14	3	4914,268	1,941	.138
16. Total de 2 à 14	3	8555,833	2,283	.093

$p < .05$

Le tableau 11 (a et b) indique les scores moyens, pour quatre groupes, aux dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux". L'examen des scores moyens à ces dimensions,

Tableau 11

Scores moyens, par groupes, aux dimensions psychopathologiques statistiquement significatives

a) dimension "impulsivité-instabilité"

score	GROUPES			
	en régression	avec performance relativement stable	en progression	décrocheurs
A	2,63 (ET=2,54)	3,16 (ET=3,85)	2,727 (ET=3,16)	10,2 (ET=6,22)
B	3,33 (ET=4,22)	2,071 (ET=2,73)	3,0 (ET=2,90)	8,85 (ET=5,64)
C	3,23 (ET=4,14)	2,39 (ET=2,61)	2,86 (ET=3,48)	8,86 (ET=5,64)

b) dimension "adaptation familiale, professionnelle et contacts sociaux"

score	GROUPES			
	en régression	avec performance relativement stable	en progression	décrocheurs
A	18,54 (ET=13,7)	15 (ET=7,17)	18,09 (ET=12,11)	34,6 (ET=23,2)
B	15,67 (ET=6,34)	19 (ET=13,8)	14,75 (ET=10,61)	30,71 (ET=20,1)
C	17,61 (ET=11,53)	13,78 (ET=8,90)	22 (ET=12,94)	30,714 (ET=20,08)

pour les quatre groupes, montre que les décrocheurs se différencient nettement des trois autres groupes, leurs scores étant plus grands.

Tableau 12

Scores moyens, par groupes, pour les dimensions psychopathologiques qui ont des probabilités proches du seuil

a) dimension "symptômes psychiatriques majeurs"

score	GROUPES			
	en régression	avec performance relativement stable	en progression	décrocheurs
A	2,818 (ET=3,97)	7,389 (ET=7,33)	6,364 (ET=5,83)	13,000 (ET=16,765)
B	6,167 (ET=6,52)	3,786 (ET=5,01)	6,417 (ET=6,84)	13,571 (ET=13,571)
C	6,154 (ET=6,40)	3,833 (ET=4,59)	7,857 (ET=8,37)	13,571 (ET=13,831)

b) dimension "hyperémotivité"

score	GROUPES			
	en régression	avec performance relativement stable	en progression	décrocheurs
A	3,818 (ET=3,09)	4,167 (ET=2,45)	4,455 (ET=2,77)	6,600 (ET=3,84)
B	3,750 (ET=1,60)	5,214 (ET=2,99)	3,167 (ET=3,01)	6,143 (ET=3,288)
C	4,462 (ET=2,66)	3,500 (ET=2,28)	5,000 (ET=3,786)	6,143 (ET=3,288)

Tableau 12
(suite)

Scores moyens, par groupes, pour les dimensions
psychopathologiques qui ont des
probabilités proches du seuil

c) dimension "tendances dépressives"

score	GROUPES			
	en régression	avec performan- ce relativement stable	en progression	décrocheurs
A	13,909 (ET=12,676)	6,111 (ET=6,676)	8,909 (ET=10,397)	16,400 (ET=9,659)
B	6,833 (ET=5,937)	11,357 (ET=12,351)	8,750 (ET=10,980)	13,857 (ET=9,227)
C	10,923 (ET=10,476)	6,833 (ET=8,813)	11,571 (ET=13,011)	13,857 (ET=9,227)

d) dimension "tendances paranoïaques"

score	GROUPES			
	en régression	avec performan- ce relativement stable	en progression	décrocheurs
A	7,000 (ET=7,335)	3,667 (ET=4,000)	3,818 (ET=3,868)	10,600 (ET=10,310)
B	3,750 (ET=3,696)	5,071 (ET=6,534)	5,500 (ET=5,179)	8,000 (ET=9,557)
C	6,154 (ET=6,669)	3,778 (ET=4,373)	4,857 (ET=4,451)	8,000 (ET=9,557)

Les scores moyens, obtenus par les quatre groupes, aux dimensions du

Psychorater pour lesquelles les probabilités étaient proches du seuil de signification, apparaissent au tableau 12 (a, b, c et d).

A la lecture de ce tableau, nous observons, une fois de plus, que les scores moyens du groupe "décrocheurs" sont plus élevés que ceux des trois autres groupes.

Le fait que le groupe "décrocheurs" se différencie des autres groupes laisse supposer que les effets significatifs mis en évidence pour les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux", ainsi que les tendances notées pour quatre autres dimensions ("symptômes psychiatriques majeurs", "hyperémotivité", "dépression" et "tendances paranoïaques") sont dûs uniquement à ce groupe.

Ce fait a été vérifié par une autre série de 48 analyses de variance "ONEWAY" excluant les "décrocheurs" et n'impliquant que les groupes "en régression", "avec performance relativement stable" et "en progression". Les résultats de ces analyses sont présentés dans les tableaux 13, 14 et 15.

Les résultats obtenus dans cette deuxième série d'analyses "ONEWAY" indiquent l'absence de tout effet significatif lorsque les "décrocheurs" sont éliminés.

Tableau 13

Résultats des analyses de variance (score A), les
décrocheurs étant éliminés

dimensions du Psychorater	degré de liberté	F	P
1. Contacts sociaux	2	0,953	.395
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	2	0,481	.622
3. Hyperémotivité	2	0,151	.861
4. T. Dépressives	2	2,230	.122
5. Anxiété-Phobies	2	0,034	.966
6. Asthénie-Hypocondrie	2	0,437	.649
7. T. Schizothymiques	2	0,257	.775
8. T. Paranoïaques	2	1,653	.205
9. Impulsivité-Instabilité	2	0,105	.900
10. T. Hypomaniaques	2	0,490	.617
11. Hystéroïdie	2	0,486	.619
12. S. Psychiatriques majeurs	2	1,921	.161
13. Problèmes sexuels	2	0,562	.575
14. Antécédents cliniques	2	0,316	.731
15. Total de 3 à 14	2	0,230	.795
16. Total de 2 à 14	2	0,262	.771

p < .05

Tableau 14
 Résultats des analyses de variance (score B), les
 décrocheurs étant éliminés

dimensions du Psychorater	degré de liberté	F	P
1. Contacts sociaux	2	0,591	.559
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	2	0,554	.580
3. Hyperémotivité	2	2,099	.138
4. T. Dépressives	2	0,636	.535
5. Anxiété-Phobies	2	0,088	.916
6. Asthénie-Hypocondrie	2	0,158	.854
7. T. Schizothymiques	2	1,744	.190
8. T. Paranoïaques	2	0,352	.706
9. Impulsivité-Instabilité	2	0,506	.607
10. T. Hypomaniaques	2	0,985	.383
11. Hystéroïdie	2	1,432	.252
12. S. Psychiatriques majeurs	2	0,747	.481
13. Problèmes sexuels	2	0,207	.814
14. Antécédents cliniques	2	1,094	.346
15. Total de 3 à 14	2	0,534	.591
16. Total de 2 à 14	2	0,563	.575

p < .05

Tableau 15
 Résultats des analyses de variance (score C), les
 décrocheurs étant éliminés

dimensions du Psychorater	degré de liberté	F	P
1. Contacts sociaux	2	1,567	.223
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	2	1,600	.216
3. Hyperémotivité	2	0,933	.403
4. T. Dépressives	2	0,855	.434
5. Anxiété-Phobies	2	1,927	.161
6. Asthénie-Hypocondrie	2	1,120	.338
7. T. Schizothymiques	2	0,409	.668
8. T. Paranoïaques	2	0,764	.474
9. Impulsivité-Instabilité	2	0,240	.788
10. T. Hypomaniaques	2	0,075	.928
11. Hystéroïdie	2	0,851	.436
12. S. Psychiatriques majeurs	2	1,291	.288
13. Problèmes sexuels	2	0,098	.906
14. Antécédents cliniques	2	1,349	.273
15. Total de 3 à 14	2	0,968	.390
16. Total de 2 à 14	2	1,143	.331

$p < .05$

Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats est faite en fonction des deux hypothèses de la recherche. D'abord, l'effet des différents troubles psychologiques sur la dynamique de la performance académique est analysé. Par la suite, les relations entre la régression des résultats scolaires, ou le décrochage, et ces troubles sont commentés.

Effet des différents troubles psychologiques sur la dynamique de la performance académique

Conformément à la première hypothèse de la recherche, les différents troubles psychologiques, décelés avec le Psychorater, ont un impact différentiel sur la dynamique de la performance académique. Les résultats des analyses de variance (tableaux 8, 9 et 10) établissent que les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" influencent la dynamique de la performance académique.

Par conséquent, des caractéristiques individuelles telles que des difficultés à contrôler des impulsions visant le plaisir et la gratification immédiate, des difficultés au plan affectif et dynamique au sein de la famille ou du couple ainsi que des problèmes relationnels avec l'entourage ou les collègues, constituent un ensemble de traits psychologiques jouant un rôle significatif dans le changement des performances scolaires d'une session à l'autre.

D'autres données, obtenues dans ces mêmes analyses de variance, révèlent que les probabilités pour quatre autres dimensions approchent le seuil de signification et tendent ainsi à influencer la dynamique de la performance scolaire.

De ce fait, la dimension "symptômes psychiatriques majeurs", qui se définit par des idées culpabilisantes et persécutantes, des hallucinations, des états dépressifs mélancoliques et des impulsions délirantes, tend à entraîner chez les étudiants aux prises avec ces symptômes, des modifications de la performance académique à la troisième session par rapport à la deuxième et à la troisième comparativement à la première session.

En plus, la perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles, perte qui caractérise la dimension "tendances dépressives" et, d'autre part, la dimension "tendances paranoïaques" décrite par la méfiance et la non confiance envers autrui, tendent à affecter les performances académiques à la deuxième session par rapport à la première. En effet, les individus ayant ces traits psychopathologiques peuvent connaître des variations de leurs performances académiques.

Finalement, les performances scolaires de certains étudiants subissent des modifications à la troisième session par rapport à la deuxième, sous l'influence de leurs tendances à l'hyperémotivité. Les symptômes caractéristiques de cette dimension, retrouvés chez les étudiants ayant participé à cette recherche, sont le trac, les rougissements, le bafouillage et les pleurs incontrôlés qu'ils expriment à des moments inappropriés.

Relations entre la régression des résultats scolaires, ou le décrochage, et les troubles psychologiques

La deuxième hypothèse avance que les troubles psychologiques, décelés avec le Psychorater, qui agissent significativement sur la dynamique de la

performance académique, entraînent plus spécifiquement la régression de la performance ou le décrochage. Cette hypothèse a été vérifiée, dans un premier temps, par l'examen des scores moyens, pour les quatre groupes, aux dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale et professionnelle et dans les contacts sociaux" (tableau 11, a et b). L'examen des scores moyens, pour les quatre groupes, soit "en régression", "avec performance relativement stable", "en progression" et "décrocheurs", permet de constater que le groupe "décrocheurs" se différencie nettement des trois autres groupes, leurs scores étant plus grands.

En second lieu, une série d'analyses de variance, excluant le groupe "décrocheurs", a été effectuée pour s'assurer que l'influence des dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" provient de ce groupe (tableaux 13, 14 et 15). Les données obtenues démontrent qu'il n'existe aucun effet significatif des dimensions précédentes sur la dynamique de la performance académique, lorsque les "décrocheurs" sont éliminés.

Ces résultats permettent d'imputer au groupe "décrocheurs" la responsabilité de la variation de la dynamique de la performance académique par les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux". De plus, ils infirment partiellement la seconde hypothèse de cette recherche, en indiquant que ces dimensions n'affectent pas la dynamique de la performance académique du groupe "en régression".

Les résultats obtenus indiquent donc une relation significative entre

l'abandon des études et, d'une part, la dimension "impulsivité-instabilité" et, d'autre part, "les difficultés d'adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux".

La relation significative entre l'abandon des études et les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" permet, à l'aide du contenu des questions utilisées dans le Psychorater pour mesurer ces dimensions, de dresser un portrait psychologique du décrocheur.

L'étudiant qui risque d'abandonner ses études et qui manifeste des tendances à l'impulsivité-instabilité, peut être décrit de la manière suivante: renvoyé de l'école pour des motifs disciplinaires, se trouve dans l'impossibilité de rester longtemps à la même place pour effectuer un travail, change souvent de métier et d'employeur sans raisons évidentes, utilise la méthode brutale pour mettre fin à des désaccords et trouve normal qu'on tue par jalousie, et se fait reprocher par son entourage ses fréquentations et ses imprudences.

Ce portrait se complète par les caractéristiques appartenant à la dimension "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux". Ainsi, sur le plan familial, le décrocheur a l'impression d'être comme un étranger dans sa famille, il craint le célibat, d'avoir des enfants et jaloux, il peut épier son conjoint. Il vit des difficultés avec ses collègues de travail, a peu d'amis, est rejeté dans un groupe, éprouve des difficultés en public (rougit ou bafouille) et trouve que la solitude est sa seule détente. Il ressent peu de plaisir à rencontrer des gens et il peut manifester de l'agressivité sociale

(parler contre les autres, faire des mesquineries).

Le portrait dressé à partir du contenu des questions comprises dans les sections pertinentes du Psychorater, ne doit pas être considéré comme une photo d'identité psychologique du décrocheur. En effet, certains traits peuvent être estompés et d'autres peuvent manquer.

Les données recueillies dans la présente recherche ne permettent pas d'établir des relations entre les variations de la performance académique des étudiants non-décrocheurs et les troubles psychologiques décelés avec le Psychorater.

Conclusion

L'objectif principal de cette recherche exploratoire était de vérifier l'impact éventuel de différents troubles psychologiques sur la dynamique de la performance académique des étudiants universitaires. La réalisation de cette étude s'explique par le fait qu'aucune des recherches recensées n'a abordé la relation entre les troubles psychologiques et les modifications de la performance scolaire d'une session à l'autre.

Afin d'atteindre l'objectif initial de la présente étude, les résultats obtenus par les étudiants aux différentes catégories de troubles psychologiques, mesurées avec le Psychorater, ont été mis en relation avec les scores A, B et C, qui définissent de manière opérationnelle la dynamique de la performance académique.

Les résultats de l'étude établissent que les différentes catégories de troubles psychologiques ont un impact différentiel sur la dynamique de la performance académique. Plus spécifiquement, ce sont les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" qui exercent une influence significative sur l'évolution des performances académiques. De surcroît, nous remarquons que la probabilité pour quatre autres dimensions du Psychorater, soit "symptômes psychiatriques majeurs", "tendances dépressives", "tendances paranoïaques" et "hyperémotivité", approche le seuil de signification. Ces dimensions représentent les catégories de troubles qui tendent

à faire varier la dynamique de la performance académique.

D'autres résultats de l'étude attestent que l'impact des troubles psychologiques, agissant de manière significative sur la dynamique de la performance académique, se manifeste par l'abandon des études. Ainsi, la seconde hypothèse de la recherche se trouve partiellement infirmée. Par conséquence, les dimensions "impulsivité-instabilité" et "adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux" n'ont pas d'effets significatifs sur les autres profils de dynamique de la performance scolaire et plus particulièrement, sur la régression de celle-ci.

Certaines limites doivent être considérées pour la généralisation des résultats. Ceci tient au nombre peu élevé d'étudiants qui ont participé à l'étude. Une recherche ultérieure, où le nombre de sujets serait plus grand et où la dynamique de la performance académique serait établie sur un plus grand nombre de sessions, s'avère indispensable pour clarifier l'impact des troubles ou des tendances psychopathologiques sur les modifications du rendement au cours des études.

Appendice A

Lettre adressée aux étudiants



Le 13 mars 1984

Madame,
Monsieur,

Le Centre universitaire de consultation en psychologie (C.U.C.P.), qui dispense des services à la population étudiante de notre Université, mène présentement une recherche visant à déterminer les facteurs susceptibles d'influer sur l'adaptation à l'Université des étudiants qui en sont à leur première année de leur baccalauréat. Les résultats de cette recherche devraient être extrêmement utiles pour le développement de formes d'intervention adaptées aux besoins des étudiants.

Comme vous faites partie de la population cible et que votre nom a été sélectionné au hasard par notre service, nous vous invitons à collaborer à cette recherche, toute garantie étant fournie par le C.U.C.P. quant au traitement absolument confidentiel des informations qui seront recueillies auprès de chacun des étudiants. La participation pour laquelle vous êtes sollicité(e) consiste à répondre à un questionnaire écrit, une tâche qui exige à peu près quarante-cinq minutes.

Si vous acceptez de collaborer à la recherche, nous vous prions de retourner dûment rempli le coupon réponse ci-dessous. Les responsables de la recherche communiqueront avec vous en temps utile pour vous fixer un rendez-vous.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le registraire

Henri-Paul McGee
HPMG/mm

RETOURNER AVANT LE 28 MARS 1984

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

..... Code postal:.....

Tél.: (...).....

Comment peut-on vous joindre?

Heure: de.... à

Par lettre (.....)

Sauf (jours)

Par tél.: (.....)

PRIÈRE DE RETOURNER PAR LE COURRIER DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE

Appendice B

Consignes pour compléter le Psychorater

Consignes

Après la distribution du questionnaire, l'examineur dit:

"Lisez attentivement les instructions écrites sur la première page du questionnaire, elles indiquent précisément ce que vous devez faire."

En prenant un questionnaire, l'examineur explique:

"A chaque page du questionnaire correspond une colonne de la feuille réponse, portant le même numéro que la page correspondante du questionnaire. Prenez le temps qu'il vous faut et répondez à toutes les questions en noircissant le rectangle correspondant à votre réponse, sur la feuille réponse. Si une question ne vous concerne absolument pas, abstenez-vous d'y répondre en laissant le rectangle blanc. En aucun cas, vous ne devez écrire sur les feuilles du questionnaire."

Avant de laisser les sujets commencer à remplir le questionnaire, l'examineur ajoute:

"J'aimerais spécifier que les réponses à ce questionnaire sont strictement confidentielles et qu'en plus elles sont codées. S.V.P., n'oubliez pas d'inscrire votre nom au bas de la feuille réponse. Vous pouvez commencer."

Appendice C

Liste des 16 scores obtenus au Psychorater

Liste des 16 scores obtenus au Psychorater

1. Contacts sociaux
2. Adaptation familiale, professionnelle et dans les contacts sociaux
3. Hyperémotivité
4. Tendances dépressives
5. Anxiété-Phobies
6. Asthénie-Hypocondrie
7. Tendances Schizothymiques
8. Tendances Paranoïaques
9. Impulsivité-Instabilité
10. Hypomanie
11. Hystéroïdie
12. Symptômes Psychiatriques majeurs
13. Problèmes sexuels
14. Antécédents cliniques
15. Total de 3 à 14
16. Total de 2 à 14

Appendice D

Moyennes cumulatives obtenues, par chacun des
sujets, aux trois sessions considérées

Tableau 16

Moyennes cumulatives obtenues, par chacun
des sujets, aux trois sessions con-
sidérées

Numéro du sujet	Automne 1983	Hiver 1984	Automne 1984
1	2,9	2,8	3,0
2	2,6	3,0	2,0
3	3,2	3,0	2,7
4	2,8	2,6	3,0
5	2,0	2,6	2,6
6	3,0	3,0	2,8
7	3,6	3,4	3,4
8	2,0	9,9	9,9
9	3,2	2,6	3,4
10	0,6	1,5	1,6
11	3,4	3,6	3,8
12	3,2	2,6	3,2
13	3,0	3,0	3,5
14	3,6	3,2	2,8
15	3,4	3,4	2,2
16	1,4	9,9	9,9
17	3,6	3,2	3,2
18	2,0	0,6	1,2
19	2,2	1,8	2,0
20	3,6	3,6	3,0
21	3,8	3,0	3,4
22	3,3	3,2	2,7
23	2,6	2,5	2,0
24	3,0	3,7	3,2
25	2,2	3,2	0,6

Tableau 16
(suite)

Moyennes cumulatives obtenues, par chacun
des sujets, aux trois sessions con-
sidérées

Numéro du sujet	Automne 1983	Hiver 1984	Automne 1984
26	3,2	3,2	3,2
27	2,8	1,6	2,7
28	3,4	3,2	3,0
29	2,7	2,7	2,5
30	3,4	3,2	3,2
31	9,9	9,9	9,9
32	3,0	3,6	3,2
33	3,6	2,8	2,4
34	0,6	9,9	9,9
35	1,7	2,0	2,5
36	1,7	2,7	2,5
37	2,7	3,2	3,0
38	2,5	3,0	9,9
39	2,0	1,5	2,0
40	2,0	9,9	9,9
41	4,0	3,5	4,0
42	2,4	2,6	2,2
43	2,5	2,7	9,9
44	0,6	2,0	3,0
45	1,5	2,7	3,1

Appendice E

Classification des sujets en fonction du profil
d'évolution de la performance académique
(comparaisons inter-sessions basées
sur les valeurs des scores A, B et C)

Tableau 17

Classification des sujets en fonction du profil
d'évolution de la performance académique
(comparaisons inter-sessions basées
sur les valeurs des scores A, B et C)*

Profils d'évolution	Score A (MC ₂ - MC ₁)	Score B (MC ₃ - MC ₂)	Score C (MC ₃ - MC ₁)
en régression	S ₉ ; S ₁₂ ; S ₁₄ ; S ₁₇ ; S ₁₈ ; S ₁₉ ; S ₂₁ ; S ₂₇ ; S ₃₃ ; S ₃₉ ; S ₄₁	S ₂ ; S ₁₄ ; S ₁₅ ; S ₂₀ ; S ₂₂ ; S ₂₃ ; S ₂₄ ; S ₂₅ ; S ₃₂ ; S ₃₃ ; S ₄₂	S ₂ ; S ₃ ; S ₁₄ ; S ₁₅ ; S ₁₈ ; S ₂₀ ; S ₂₂ ; S ₂₃ ; S ₂₅ ; S ₃₃
avec performan- ce relati- vement stable	S ₁ ; S ₃ ; S ₄ ; S ₆ ; S ₇ ; S ₁₁ ; S ₁₃ ; S ₁₅ ; S ₂₀ ; S ₂₂ ; S ₂₃ ; S ₂₆ ; S ₂₈ ; S ₂₉ ; S ₃₀ ; S ₄₂ ; S ₄₃	S ₁ ; S ₃ ; S ₅ ; S ₆ ; S ₇ ; S ₁₀ ; S ₁₇ ; S ₁₉ ; S ₂₆ ; S ₂₈ ; S ₂₉ ; S ₃₀ ; S ₃₆ ; S ₃₇	S ₁ ; S ₄ ; S ₆ ; S ₇ ; S ₉ ; S ₁₂ ; S ₁₇ ; S ₁₉ ; S ₂₁ ; S ₂₄ ; S ₂₆ ; S ₂₇ ; S ₂₈ ; S ₂₉ ; S ₃₀ ; S ₃₂ ; S ₃₉ ; S ₄₁ ; S ₄₂
en progression	S ₂ ; S ₅ ; S ₁₀ ; S ₂₄ ; S ₂₅ ; S ₃₂ ; S ₃₅ ; S ₃₆ ; S ₃₇ ; S ₃₈ ; S ₄₄ ; S ₄₅	S ₄ ; S ₉ ; S ₁₁ ; S ₁₂ ; S ₁₃ ; S ₁₈ ; S ₂₁ ; S ₂₇ ; S ₃₅ ; S ₃₉ ; S ₄₁ ; S ₄₄ ; S ₄₅	S ₅ ; S ₁₀ ; S ₁₁ ; S ₁₃ ; S ₃₅ ; S ₃₆ ; S ₃₇ ; S ₄₄ ; S ₄₅
décro- cheurs	S ₈ ; S ₁₆ ; S ₃₁ ; S ₃₄ ; S ₄₀	S ₈ ; S ₁₆ ; S ₃₁ ; S ₃₄ ; S ₃₈ ; S ₄₀ ; S ₄₃	S ₈ ; S ₁₆ ; S ₃₁ ; S ₃₄ ; S ₃₈ ; S ₄₀ ; S ₄₃

* Score A = modification de la performance à la deuxième session par rapport à la première

Score B = modification de la performance à la troisième session par rapport à la deuxième

Score C = modification de la performance à la troisième session par rapport à la première

Appendice F

Seuils pathologiques pour les différentes catégories de troubles et
résultats individuels obtenus par les 45 sujets au Psychorater

Tableau 18

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₁	S ₂	S ₃	S ₄	S ₅	S ₆
1. Contacts sociaux	-	12	19	19	1	25	2
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	28	37	21	3	41	6
3. Hyperémotivité	-	4	6	4	3	6	0
4. T. Dépressives	33	16	27	4	13	5	0
5. Anxiété-Phobies	33	7	37	0	10	13	1
6. Asthénie-Hypocondrie	30	0	3	0	3	1	0
7. T. Schizothymiques	32	5	19	18	3	23	0
8. T. Paranoïaques	18	9	14	3	3	11	0
9. Impulsivité-Instabilité	-	7	7	7	1	7	0
10. Hypomanie	13	14	16	18	9	14	12
11. Hystéroïdie	18	7	13	7	5	17	1
12. S. Psychiatriques majeurs	24	0	9	18	9	13	6
13. Problèmes sexuels	10	0	6	0	2	0	6
14. Antécédents cliniques	20	3	5	2	3	3	2
15. Total de 3 à 14	-	72	162	81	62	113	28
16. Total de 2 à 14	-	100	199	102	65	154	34

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₇	S ₈	S ₉	S ₁₀	S ₁₁	S ₁₂
1. Contacts sociaux	-	32	14	0	7	17	4
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	66	16	2	16	24	19
3. Hyperémotivité	-	12	2	4	7	3	4
4. T. Dépressives	33	29	11	2	4	10	17
5. Anxiété-Phobies	33	48	12	0	13	13	16
6. Asthénie-Hypocondrie	30	32	1	0	0	3	2
7. T. Schizothymiques	32	45	10	2	4	14	3
8. T. Paranoïaques	18	15	2	0	1	7	1
9. Impulsivité-Instabilité	-	15	4	1	16	0	2
10. Hypomanie	13	16	15	6	4	18	12
11. Hystéroïdie	18	7	11	1	2	15	5
12. S. Psychiatriques majeurs	24	42	8	2	12	9	12
13. Problèmes sexuels	10	0	2	0	0	7	12
14. Antécédents cliniques	20	2	0	6	8	0	4
15. Total de 3 à 14	-	263	78	24	71	109	80
16. Total de 2 à 14	-	329	94	26	87	133	99

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₁₃	S ₁₄	S ₁₅	S ₁₆	S ₁₇	S ₁₈
1. Contacts sociaux	-	4	5	16	3	10	8
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	4	7	23	14	17	14
3. Hyperémotivité	-	2	2	8	3	2	3
4. T. Dépressives	33	0	0	1	14	0	16
5. Anxiété-Phobies	33	1	4	8	7	16	9
6. Asthénie-Hypocondrie	30	1	0	1	10	0	5
7. T. Schizothymiques	32	0	1	16	4	11	9
8. T. Paranoïaques	18	1	0	2	7	0	4
9. Impulsivité-Instabilité	-	0	1	6	0	0	7
10. Hypomanie	13	2	16	14	8	6	8
11. Hystéroïdie	18	0	4	13	0	1	0
12. S. Psychiatriques majeurs	24	0	0	6	10	0	6
13. Problèmes sexuels	10	0	0	0	0	0	12
14. Antécédents cliniques	20	0	0	18	2	2	9
15. Total de 3 à 14	-	7	28	93	65	38	88
16. Total de 2 à 14	-	11	35	116	79	55	102

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₁₉	S ₂₀	S ₂₁	S ₂₂	S ₂₃	S ₂₄
1. Contacts sociaux	-	5	28	7	7	0	37
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	9	28	13	11	0	45
3. Hyperémotivité	-	5	10	4	3	0	8
4. T. Dépressives	33	4	30	0	26	0	32
5. Anxiété-Phobies	33	7	22	6	10	0	36
6. Asthénie-Hypocondrie	30	6	8	0	7	0	13
7. T. Schizothymiques	32	6	0	0	15	2	13
8. T. Paranoïaques	18	1	9	2	6	7	25
9. Impulsivité-Instabilité	-	2	4	5	0	1	0
10. Hypomanie	13	0	14	9	8	14	16
11. Hystéroïdie	18	0	9	1	1	0	3
12. S. Psychiatriques majeurs	24	0	6	6	0	8	0
13. Problèmes sexuels	10	3	0	0	6	0	14
14. Antécédents cliniques	20	6	0	2	4	0	2
15. Total de 3 à 14	-	40	112	35	86	32	188
16. Total de 2 à 14	-	49	140	48	97	32	233

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₂₅	S ₂₆	S ₂₇	S ₂₈	S ₂₉	S ₃₀
1. Contacts sociaux	-	28	12	20	18	2	7
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	51	26	24	22	5	7
3. Hyperémotivité	-	8	6	5	6	2	7
4. T. Dépressives	33	22	11	13	20	10	2
5. Anxiété-Phobies	33	34	45	14	44	6	6
6. Asthénie-Hypocondrie	30	10	8	2	10	6	6
7. T. Schizothymiques	32	30	30	16	3	6	7
8. T. Paranoïaques	18	26	12	6	7	1	1
9. Impulsivité-Instabilité	-	12	15	1	0	2	1
10. Hypomanie	13	4	12	8	12	6	14
11. Hystéroïdie	18	0	0	4	5	15	9
12. S. Psychiatriques majeurs	24	6	24	0	24	0	4
13. Problèmes sexuels	10	12	0	2	2	10	1
14. Antécédents cliniques	20	5	3	5	5	15	1
15. Total de 3 à 14	-	165	166	76	138	79	62
16. Total de 2 à 14	-	216	192	100	160	84	69

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₃₁	S ₃₂	S ₃₃	S ₃₄	S ₃₅	S ₃₆
1. Contacts sociaux	-	22	11	8	16	2	26
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	27	13	12	17	5	33
3. Hyperémotivité	-	4	3	2	2	7	12
4. T. Dépressives	33	14	4	11	0	0	36
5. Anxiété-Phobies	33	21	1	28	2	7	43
6. Asthénie-Hypocondrie	30	2	18	0	0	12	11
7. T. Schizothymiques	32	18	0	0	6	7	28
8. T. Paranoïaques	18	1	0	2	3	4	7
9. Impulsivité-Instabilité	-	4	7	1	0	0	1
10. Hypomanie	13	8	8	15	12	4	9
11. Hystéroïdie	18	5	0	1	1	1	9
12. S. Psychiatriques majeurs	24	0	0	5	0	0	0
13. Problèmes sexuels	10	10	0	6	2	0	2
14. Antécédents cliniques	20	2	0	4	0	9	25
15. Total de 3 à 14	-	89	41	75	28	51	183
16. Total de 2 à 14	-	116	54	87	45	56	216

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₃₇	S ₃₈	S ₃₉	S ₄₀	S ₄₁	S ₄₂
1. Contacts sociaux	-	13	13	10	4	14	4
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	16	20	16	6	18	7
3. Hyperémotivité	-	1	5	4	3	2	5
4. T. Dépressives	33	8	7	4	3	0	6
5. Anxiété-Phobies	33	13	23	10	0	2	4
6. Asthénie-Hypocondrie	30	2	13	15	0	0	0
7. T. Schizothymiques	32	17	7	0	1	12	2
8. T. Paranoïaques	18	13	0	4	1	8	0
9. Impulsivité-Instabilité	-	4	2	1	7	8	0
10. Hypomanie	13	12	16	12	15	8	3
11. Hystéroïdie	18	3	4	10	1	0	6
12. S. Psychiatriques majeurs	24	12	6	6	0	6	6
13. Problèmes sexuels	10	10	6	10	6	4	3
14. Antécédents cliniques	20	6	0	0	11	4	0
15. Total de 3 à 14	-	101	89	76	48	54	35
16. Total de 2 à 14	-	117	109	92	54	72	42

Tableau 18
(suite)

Seuils pathologiques pour les différentes catégories
de troubles et résultats individuels obtenus
par les 45 sujets au Psychorater

dimensions du Psychorater	seuils	S ₄₃	S ₄₄	S ₄₅
1. Contacts sociaux	-	14	16	16
2. Adapt. famil. et prof. et dans les cont. sociaux	47	21	17	17
3. Hyperémotivité	-	6	1	1
4. T. Dépressives	33	11	0	0
5. Anxiété-Phobies	33	11	0	0
6. Asthénie-Hypocondrie	30	1	4	4
7. T. Schizothymiques	32	20	12	12
8. T. Paranoïaques	18	0	7	7
9. Impulsivité-Instabilité	-	4	2	2
10. Hypomanie	13	18	2	2
11. Hystéroïdie	18	11	1	1
12. S. Psychiatriques majeurs	24	12	6	0
13. Problèmes sexuels	10	2	6	12
14. Antécédents cliniques	20	4	2	2
15. Total de 3 à 14	-	100	43	43
16. Total de 2 à 14	-	121	60	60

Remerciements

L'auteur désire exprimer toute sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Șerban Ionescu, MD., Ph.D., professeur au Département de psychologie, pour sa disponibilité et son assistance constante tout au long de cette étude, ainsi qu'à son co-directeur, monsieur Michel Bossé Ph.D., professeur au Département de psychologie, pour son support.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1983). DSM - III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson.
- ANGELL, J.R. (1933). Mental hygiene in colleges and universities. Mental Hygiene, vol 17, 543-547.
- ASTIN, A.W. (1964). Personal and environmental factors associated with college dropouts among high aptitude students. American Journal of Educational Psychology, vol 55, no 4, 219-227.
- AUREGAN, H., DOUDY, D. (1966). Student health service in France. Report on a symposium convened by the Regional Office for Europe of the world health organisation: Copenhagen.
- AVERBACH, I.J. (1973). History of psychiatric disorder and risk of academic failure in freshmen. Journal of American College Health Association, vol 21, no 3, 252-256.
- BANRETI-FUCHS, K.M. (1972). Attitudinal and situational correlates of academic achievement in young adolescents. Canadian Journal of Behavioural Science, vol 4, 156-164.
- BANRETI-FUCHS, K.M. (1975). Attitudinal, situational and mental health correlates of academic achievement at the undergraduate university level. British Journal of Educational Psychology, vol 45, no 2, 227-231.
- BARTON, K., DIELMAN, T.E., CATTELL, R.B. (1972). Personality and IQ measures as predictors of school achievement. Journal of Educational Psychology, vol 63, 398-404.
- BECK, A.T. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New-York: Hoeber.
- BECK, A.T. (1973). The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1977). Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BERNOT, J., LAURENT, Ph., PHILONENKO, A. (1969). Elaboration et expérimentation d'un questionnaire psychiatrique de dépistage des affections mentales. Bulletin du Comité d'Etudes et Recherches Psychologiques, vol 18, no 1, 43-63.

- BLAINE, G.B. (1971). Problems connected with studying, in G. Blaine, C. McArthur (Ed.): Emotional problems of the student (pp. 163-184). New-York: Appleton-Century-Crofts.
- BLANTON, S.A. (1925). A mental hygiene program for colleges. Mental Hygiene, vol 9, 478-488.
- BOWN, O.H., RICHEK, H.G. (1968). The mental health of commuter college students: a partial test of Kysar's hypothesis. Reprinted from "mental health", vol 52, no 3, 1-7.
- BROWN, B.M. (1978). Depressed college students and tricyclic antidepressant therapy. Journal of American College Health Association, vol 27, no 2, 78-83.
- CARMEN, L.R. (1965). A three to five year study of thirty-five psychotic hospitalised patients. Journal of American College Health Association, vol 13, 541-550.
- COBB, S. (1922). A report on the brief neuropsychiatric examination of 1 141 students. Journal of Industrial Hygiene, vol 3, 309-315.
- COMSTOCK, L.K., SLOME C. (1973). A healthy survey of students: prevalence of perceived problems. Journal of American College Health Association, vol 22, 150-155.
- DALRYMPLE, W. (1967). The college dropout phenomenon. NEA Journal, vol 56, no 4, 11.
- DANN, T.C. (1964). The relative incidence of psychiatric disorder in students of psychology and other subjects. British Journal of Psychiatry, vol 110, 186-190.
- DAVIDS, A., SIDMAN, J., SILVERMAN, M. (1968). Tolerance of cognitive interference in underachieving and high achieving secondary school boys. Psychology in the schools, vol 5, 222-229.
- DAVIDSON, M.A., HUTT, C. (1964). A study 500 Oxford students psychiatric patients. British Journal of Social and Clinical Psychology, vol 3, 175-185.
- DESIDERATO, O., KOSKINEN, P. (1969). Anxiety, study habits and academic achievement. Journal of Counseling Psychology, vol 16, 162-165.
- ENTWISTLE, N.J. (1972). Personality and academic attainment. British Journal of Educational Psychology, vol 42, 137-151.
- FARNSWORTH, D.L. (1966). Psychiatry, education and the young adult. Illinois: Charles, C. Thomas.

- FARNSWORTH, D.L. (1975). College mental health services, in A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Ed.): Comprehensive textbook of psychiatry-II (pp. 2271-2272). Baltimore: Williams and Wilkins Co.
- FARNSWORTH, D.L., BLAINE, G.B. (1970). Counseling and the college student. Boston: Little, Brown and company.
- FURNEAU, W.D. (1962). The psychologist and university. University Quarterly, vol 17, 33-47.
- GANZ, V.P., PAO, J. (1978). Psychiatric hospitalisation and academic performance. Journal of American College Health Association, vol 26, no 4, 202-206.
- GIBBS, J.P. (1968). Suicide. New York: Harper and Row.
- GUNDLE, S., KRAFT, A. (1965). Mental health programs in american colleges and universities. Bulletin of the Menninger Clinic, vol 20, 57-69.
- HOLMSTRÖM, R. (1972). On the picture of mental health. A psychiatric approach. Acta Psychiatrica Scandinavica, supp.231. Copenhagen: Munksguard.
- HOLMSTRÖM, R. (1977). Change in mental health and in ability for studies (the crisis of starting studies): on the picture of mental health VIII. Psychiatria Fennica, 75-82.
- HUNTER, G.T. (1969). Identifying the potential problem drinker in a college mental health clinic. Journal of American College Health Association, vol 17, no 5, 426-436.
- INDRISANO, V.E., AUERBACH, S.M. (1979). Mental health needs assessment of a major urban university. Journal of American College Health Association, vol 27, no 4, 205-209.
- ISHII, K. (1966). The trends of suicidal students in all Japan, in M. Kosoka, J. Usui (Ed.): Japanese suicides (pp. 130-138). Tokyo: Sobunsha.
- ISHII, K. (1972). Backgrounds and suicidal behaviors of committed suicides among Kyoto University students. 1. The retrospective studies on 76 cases in the past 15 years. Psychologia, vol 15, no 3, 137-148.
- JELLINEK, E.M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous. Quarterly Journal of studies in Alcohol, vol 7, 1-88.
- JELLINEK, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction, in D.J. Pittman, C.R. Snyder (Ed.): Society, culture, and drinking patterns (pp. 356-368). New York: Wiley.

- KAILA, k. (1958). Psychiatry and higher education in Finland. American Journal of Psychiatry, vol 114, 1023-1027.
- KELVIN, R.P., LUCAS, C.J., OJHA, A.B. (1965). The relation between personality, mental health and academic performance in university students. British Journal of Clinical Psychology, no 4, 244-253.
- KHON, N., ROSMAN, B.L. (1974). Social emotional, cognitive and demographic determinants of poor school achievement: implications for a strategy of intervention. Journal of Educational Psychology, vol 66, 267-276.
- KIDD, C.B., CALDBECK-MEENAM, J. (1966). Comparative study of psychiatric morbidity among students at two different universities. British Journal of Psychiatry, vol 112, 57-64.
- KIERSCH, T., NIKELLY, A. (1966). The schizophrenic in college. Archives of General Psychiatry, vol 15, 54-58.
- KRAFT, D.P. (1980). Student suicides during a twenty-year period at a State University Campus. Journal of American College Health Association, vol 28, no 5, 258-262.
- KURASHI, S., SOWANAKA, T. (1968). A survey about remained students. Kyoto: Kyoto University.
- KYSAR, J.E. (1964). Mental health in an urban commuter university. Archives of General Psychiatry, vol 11, 472-483.
- KYSAR, J.E. (1968). The need for mental health programming in the commuter university. Chicago: University of Illinois.
- LAVIN, D.E. (1965). The prediction of academic performance. A theoretical analysis and review of research. New York: Wiley.
- LIN, Y.G., MCKEACHIE, W.J. (1970). Aptitude, anxiety, study habits and academic achievement. Journal of Counseling Psychology, vol 17, 306-309.
- LUCAS, C.J., KELVIN, R.P., OJHA, A.B. (1966). Mental health and student wastage. British Journal of Psychiatry, vol 112, 277-284.
- LUCAS, C.J., LINKEN, A. (1970). Students mental health. A survey of developments in the United Kingdom. Boston: Little, Brown and company.
- LUCAS, C.J., STRINGER, P. (1972). Interaction in university selection, mental health and academic performance. British Journal of Psychiatry, vol 120, 189-195.
- MALLESON, N. (1963). The influence of emotional factors on achievement in university education. Social Review, vol 7, 141-159.

- MANIS, J.G., BRAWER, M.J., HUNT, C.L., KERCHER, L.C. (1963). Validating a mental scale. American Sociological Review, vol 28, 108-116.
- MOMBUSHO, H. (1957). The survey table of student health administration in Japan. Kyoto: Kyoto University.
- MORRISON, A.W., DIEHL, H.S. (1924). Studies in mental hygiene needs of freshmen university students. Journal of American Mental Health Association, vol 83, 1666-1672.
- NAGELBERG, D.B., SHERBERG, K.B. (1980). Mental health on the college campus: an epidemiological study. Journal of American College Health Association, vol 28, no 4, 228-230.
- NICHOLI, A.M. (1967). Harvard dropouts: some psychiatric findings. American Journal of Psychiatry, vol 124, no 5, 651-658.
- NICHOLI, A.M. (1970). An investigation of Harvard dropouts. Washington: Cambridge.
- NOBUTO, H., HIRAI, H., KODAMA, H. (1959). The psychiatric consideration of student suicides. Hiroshima: Hiroshima University.
- PALMER, H.D. (1939). Common emotional problems encountered in a college mental health service. Mental Hygiene, vol 123, 544-557.
- PEARLMAN, S. (1966). The college student views his mental health experience. Journal of American College Health Association, vol 14, 227-283.
- PHILLIP, D.L. (1966). Deferred gratification in a college setting. Social problems, vol 13, 333-343.
- REIFLER, C.B., LIPTZIN, M.B. (1969). Epidemiological studies of college mental health. Archives of General Psychiatry, vol 20, 528-528-540.
- RICHEK, H.G. (1970). Assessing the mental health of college students: a comparison of three samples. Journal of School Health, vol 40, no 3, 139-144.
- RIPPERE, V. (1976). Antidepressive behaviour: a preliminary report. Behaviour Research and Therapy, vol 14, 289-299.
- RIPPERE, V. (1977). "What's the thing to do when you're feeling depressed?" Behaviour Research and Therapy, vol 15, 185-191.
- ROOK, A. (1959). Student suicides. British Medical Journal, march 7, 601-602.

- RUST, R.M. (1960). Epidemiology of mental health in college. Journal of Psychology, vol 49, 235-248.
- RYLE, A. (1969). Student casualties. London: The Penguin Press.
- SEIDEN, R.H. (1966). Campus tragedy: A study of student suicide. Journal of Abnormal Psychology, vol 71, no 6, 391-399.
- SEIDEN, R.H. (1971). The problem of suicide on college campus. Journal of School Health, vol 61, no 5, 244-246.
- SELZER, M.L. (1964). Unique aspect of university health service psychiatry. Mental Hygiene, vol 48, 288-294.
- SMITH, W.G., HANSELL, N., ENGLISH, J.T. (1963). Psychiatric disorder in a college population. Prevalence and incidence exploratory methods in psychiatric epidemiology. Archives of General Psychiatry, vol 9, 351-360.
- SPENCER, S.J. (1964). Warneford College. Oxford: University of Oxford.
- STRAUS, R., BACON, S.D. (1953). Drinking in college, in D.J. Pittman, C.R. Snyder (Ed.): Society, culture, and drinking patterns (pp. 246-258). New York: Wiley.
- SUMMERSKILL, J. (1962). Dropouts from college, in N. Sanford (Ed.): A psychological and social interpretation of higher learning (pp. 630-631). New York: Wiley.
- SUNDQVIST, U.B. (1973). Academic performance and mental health in university students: a two year follow-up study of a sample of first year students at the University of Uppsala 1968. Acta Psychiatrica Scandinavica, supp. 239.
- TEMBY, W.D. (1971). Suicide, in G. Blaine, C. McArthur (Ed.): Emotional problems of the student (pp. 109-128). New York: Appleton-Century-Crofts.
- THOMPSON, J.R., BENTZ, W.K., LIPTZIN, M.B. (1973). The prevalence of psychiatric disorder in an undergraduate population. Journal of American College Health Association, vol 21, no 5, 415-422.
- WARREN, N.J., STAKE, J.E., MCKEE, D.C. (1982). Cognitive distortions, coping behaviour and depression in college students. Journal of American College Health Association, vol 30, no 6, 279-283.